



Please print:                      Escribir en letra de imprenta:

Last, First Name:                      Apellido, nombre: \_\_\_\_\_

Home Address:                      Domicilio: \_\_\_\_\_

Date of Birth:                      Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### COVID-19 Vaccine Screening and Consent Evaluación y consentimiento para la vacuna contra la COVID-19

COVID-19 vaccines have not been formally approved by the FDA; they have been approved for emergency use. You will be having this brand of COVID-19 vaccine:

Las vacunas contra la COVID-19 no fueron aprobadas oficialmente por la FDA. Se aprobaron para uso de emergencia. Recibirá la siguiente marca de vacuna contra la COVID-19:

- Pfizer (see fact sheet)*
- Pfizer (consulte la hoja de datos: [www.fda.gov/media/144625/download](http://www.fda.gov/media/144625/download))
- Moderna (see fact sheet)*
- Moderna (consulte la hoja de datos: [www.fda.gov/media/144712/download](http://www.fda.gov/media/144712/download))
- Johnson & Johnson (Janssen) (see fact sheet)*
- Johnson & Johnson (Janssen) (consulte la hoja de datos: [www.fda.gov/media/146762/download](http://www.fda.gov/media/146762/download))

#### Health History

#### Antecedentes de salud

<i>Yes</i>	<i>No</i>	<i>Unknown</i>
<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>No sabe</b>

1. *Have you ever had a COVID-19 vaccine?*  
¿Ya ha recibido una vacuna contra la COVID-19?

*If you answered Yes: Which brand did you have? When?*

**Si la respuesta es afirmativa: ¿Qué marca recibió? ¿Cuándo?**

- Pfizer                      Date of dose #1*
- Pfizer                      Fecha de la dosis n.º 1 \_\_\_\_\_
- Date of dose #2 (if applicable)*
- Fecha de la dosis n.º 2 (si corresponde) \_\_\_\_\_*
- Moderna                      Date of dose #1*
- Moderna                      Fecha de la dosis n.º 1 \_\_\_\_\_
- Date of dose #2 (if applicable)*
- Fecha de la dosis n.º 2 (si corresponde) \_\_\_\_\_*
- Johnson & Johnson    Date of dose #1*
- Johnson & Johnson    Fecha de la dosis n.º 1 \_\_\_\_\_
- Date of dose #2 (if applicable)*
- Fecha de la dosis n.º 2 (si corresponde) \_\_\_\_\_*

<i>Yes</i>	<i>No</i>	<i>Unknown</i>
<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>No sabe</b>

2. *Have you ever had a severe allergic reaction (anaphylaxis) after any type of injection (shot) or vaccine?*  
¿Ha tenido antes una reacción alérgica grave (anafilaxia) después de haber recibido cualquier tipo de inyección o vacuna?

3. *Have you ever been told you that you are allergic to polysorbate, polyethylene glycol (PEG) or any ingredients in the above fact sheet?*  
 ¿Alguna vez se le ha informado que tiene alergia al polisorbato, al polietilenglicol (PEG) o a alguno de los ingredientes mencionados anteriormente en la hoja de datos?
4. *Have you been told that you have COVID-19 in the **past 14 days**?*  
 ¿Se le ha informado que tiene COVID-19 en los **últimos 14 días**?
5. *Have you been around anyone with COVID-19 in the **past 14 days**?*  
 ¿Ha estado cerca de alguien con COVID-19 en los **últimos 14 días**?
- If you answered Yes: Have you completed your quarantine period (the length of time your care team said you should stay away from others)?*  
**Si la respuesta es afirmativa:** ¿Ha completado el período de cuarentena (el tiempo que su equipo de atención le ha indicado para mantenerse alejado de otras personas)?
6. *Have you received antibodies or plasma to treat COVID-19 in the **past 90 days**?*  
 ¿Ha recibido anticuerpos o plasma para tratar la COVID-19 en los **últimos 90 días**?
7. *Have you had Multisystem Inflammatory Syndrome in Children or Adults (MIS-C or MIS-A) due to Covid-19 in the **past 90 days**?*  
 Ha tenido usted el síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico o adulto (MIS-C o MIS-A) debido a la COVID-19 en los **últimos 90 días**?
8. *Are you feeling sick today?*  
 ¿Se siente enfermo hoy?

*If you are pregnant, lactating (nursing) or have a weak immune system from medication or a condition, please review this website, [www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/recommendations/specific-groups.html](http://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/recommendations/specific-groups.html), or talk to your health care provider.*

Si está embarazada o en período de lactancia (amamantando) o tiene un sistema inmunitario débil a causa de un medicamento o una afección de salud, consulte este sitio web: <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/recommendations/specific-groups.html> o hable con su proveedor de atención médica.

**Use of your information:** *This form is used to document that you received the COVID-19 vaccine(s). This information is stored by the Minnesota Immunization Information Center (MIIC) and will be available to those legally allowed to receive it (health care providers, schools, childcare centers, health departments). For more information, see [www.health.state.mn.us/people/immunize/miic/public.html](http://www.health.state.mn.us/people/immunize/miic/public.html) or call 1-800-657-3970.*

**Uso de su información:** Este formulario se usa para documentar que recibió las vacunas contra la COVID-19. A esta información la almacena Minnesota Immunization Information Connection (MIIC) y estará disponible para otros que cuenten con permiso legal para recibirla (como proveedores de atención médica, escuelas, guarderías, departamentos de salud). Para obtener más información, visite [www.health.state.mn.us/people/immunize/miic/public.html](http://www.health.state.mn.us/people/immunize/miic/public.html) o llame al 1-800-657-3970.

**Payment:** *Under the federal emergency, the vaccine is free, but your insurance will be billed for giving you the injection (shot). Please provide your insurance information for your visit.*

**Pago:** Durante la emergencia federal, la vacuna no tiene costo, pero se le facturará a su seguro la administración de la inyección (vacuna). Proporcione la información de su seguro para la cita.

- *If you don't have your insurance information with you, please call Fairview Clinics 1-888-702-4073 or HealthEast Clinics 651-232-1100.*
- Si no tiene la información de su seguro, *con usted*, llame a Fairview Clinics al 1-888-702-4073 o a HealthEast Clinics 651-232-1100.
- *If you don't have insurance, we have a process to assist you. We may ask that you provide your state of residence and social security number or a state-issued identification or driver's license.*
- Si no tiene seguro, disponemos de un proceso para ayudarlo. Es posible que le pidamos su estado de residencia y su número de seguro social o una identificación del estado o licencia de conducir.

### **Reported side effects of COVID-19 vaccines**

#### **Efectos secundarios que se han informado sobre las vacunas contra la COVID-19**

*Clinical trials have reported these side effects in some people:*

Los estudios clínicos informaron estos efectos secundarios en algunas personas:

- *Injection site reaction (pain, redness or swelling where the shot was given); feeling very tired; headache; joint or muscle pain; chills or fever; feeling sick to the stomach; swollen glands; general sense of feeling unwell. These may not be all of the possible side effects. Other reactions, possibly severe, may become known after the vaccines are more widely used.*
- Reacción en el lugar de la inyección (dolor, enrojecimiento o hinchazón donde se administró la inyección), sensación de cansancio, dolor de cabeza, dolor articular o muscular, escalofríos o fiebre, malestar estomacal, ganglios inflamados y sensación de malestar general. Cabe la posibilidad de que estos no sean todos los efectos secundarios posibles. También es posible que se tenga conocimiento de otras reacciones, posiblemente graves, después de que las vacunas se usen más ampliamente.
- *Severe allergic reactions (trouble breathing, swelling of the face and throat, fast heartbeat, bad bodily rash, dizziness and weakness). We will watch you for these symptoms for a short time after getting the vaccine.*
- Reacciones alérgicas graves (dificultad para respirar, hinchazón del rostro y la garganta, frecuencia cardíaca alta, erupción corporal, mareos y debilidad). Observaremos si se presentan estos síntomas durante un tiempo breve después de recibir la vacuna.
- *There have been reports of severe blood clots after receiving the Johnson & Johnson (Janssen) vaccine. This is very, very rare—affecting a few people out of every million who receive this vaccine. After a careful safety review, the FDA and CDC agree that the benefits of this vaccine far outweigh the risks.*
- Ha habido informes de coágulos sanguíneos graves después de recibir la vacuna de Johnson & Johnson (Janssen). Esto es muy poco frecuente, ya que afecta a pocas personas por cada millón que recibe la vacuna. Después de una revisión cuidadosa, la FDA y los CDC están de acuerdo en que los beneficios de esta vacuna superan con creces los riesgos.

***Tell your care team if you have any side effects that bother you or do not go away. If you have a severe reaction of any kind after receiving the vaccine, call 9-1-1, or go to the nearest Emergency Room.***

**Dígale a su equipo de atención si tiene efectos secundarios que le molesten o no desaparecen. Si tiene una reacción grave de cualquier tipo después de recibir la vacuna, llame al 9-1-1 o acuda a la sala de emergencias más cercana.**

**Consent to be vaccinated**

**Consentimiento para recibir la vacuna**

- *I understand that I will be receiving the vaccine checked on page 1. There are risks and benefits to having this vaccine. I have read the fact sheet for this vaccine or had it read to me. I have asked my care team any questions I had.*
- *Comprendo que recibiré la vacuna que seleccioné en la página 1. Hay riesgos y beneficios de recibir esta vacuna. He leído, o me han leído, la hoja de datos de esta vacuna. Le hice las preguntas que tenía a mi equipo de atención.*
- *I understand that I am asking that the COVID-19 vaccine be given to me (or to the person named below, for whom I am authorized to make this request).*
- *Comprendo que estoy solicitando que se me administre la vacuna contra la COVID-19 (o a la persona mencionada anteriormente, para quien estoy autorizado a hacer esta solicitud).*
- *I agree that Fairview Health Services may bill my health plan or other payers on my behalf and may receive payment of allowed benefits.*
- *Estoy de acuerdo en que Fairview Health Services le facture a mi plan de salud u otros pagadores en mi nombre y a recibir pago de los beneficios permitidos.*

**To be signed at the time of vaccination:**

**A firmar en el momento de la vacunación:**



_____	_____	_____	_____
<i>Patient Signature (or Authorized Representative)</i>	<i>Date</i>	<i>Time</i>	<i>am / pm</i>
Firma del paciente (o representante autorizado)	Fecha	Hora	a. m./p. m.

_____	_____
<i>Authorized Representative's Printed Name</i>	<i>Relationship to Patient</i>
Nombre en imprenta del representante autorizado	Relación con el paciente

*(An "authorized representative" is a parent or legal guardian of a patient under age 18, or a legal guardian or health care agent of an adult who lacks decisional capacity. Guardians and agents require a copy of the guardianship court order or health care directive.)*

*(Un "representante autorizado" es un padre, una madre o un tutor legal de un paciente menor de 18 años o un tutor legal o representante en asuntos de atención médica de un adulto que carece de capacidad para tomar decisiones. Los tutores y representantes presentar una copia de la orden de custodia judicial o directiva de atención médica.)*

**To be filled out by health care staff (if an interpreter is used):**

**A ser completado por el personal de atención médica (si se utilizan los servicios de un intérprete):**

_____	_____	_____
<i>Date</i>	<i>Time</i>	<i>am / pm</i>
Fecha	Hora	a. m / p. m.

_____	_____	_____
<i>Interpreter Name</i>	<i>Language</i>	<i>ID# (if accessed by phone or video)</i>
Nombre del intérprete	Idioma	N.º de identificación (si el acceso fue por teléfono o videoconferencia)