

CITY-COWLEY COUNTY HEALTH DEPARTMENT COVID-19 VACCINATION REQUEST

Name: LAST			FIRST			M.I.				
Date of Birth / /			Age			Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female				
Address:				City:			State:		Zip Code:	
Phone # () -				Alt Phone () -			Email:			
Is your primary phone a cell phone?						<input type="checkbox"/> Yes		<input type="checkbox"/> No		
If so, may we leave voice or text messages from this office on your phone?						<input type="checkbox"/> Yes		<input type="checkbox"/> No		
Race: <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Native Am Other _____			Ethnicity: <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Non-Hispanic			<input type="checkbox"/> Unknown				
1. Is the person to be vaccinated today currently sick? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No										
2. Have you received any vaccinations in the prior two (2) weeks? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No										
3. Have you ever had a severe allergic reaction that required immediate medical attention? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No										
4. I have received the EUA disclosure for this vaccine.										
5. I understand there is no charge for the vaccine. The insurance data is only for identification purposes.										
6. I understand that a record of this vaccine will be kept by the state and local health department.										
7. I understand that this is a two (2) dose vaccine and I must receive a 2 nd dose in 21 days.										
8. I understand the Health Department will schedule and contact me for the 2 nd vaccine dose.										
Primary Insurance Name:					Relationship to Insured:					
Insured's Name: LAST			FIRST			M.I.			Insured's Date of Birth / /	
Insurance Plan ID #				Group #						

The Fact Sheet for Recipients and Caregivers has been offered to me. I understand the risks and benefits of this vaccine. I understand that the Health Department will protect my privacy and medical record. My questions about the vaccine have been answered as best as possible by the Health Department and I ask that the vaccine be given to me or to the person named for whom I am authorized to make this request. I hereby authorize City-Cowley County Health Department, to release to the state health department and my insurance company or its representative any information including the records of any treatment or examination rendered to me during my visit for care and this vaccination.

Signature _____ Date _____

PROVIDER INFORMATION	
CITY-COWLEY COUNTY HEALTH DEPARTMENT	
320 E. 9 th , Suite B Winfield, KS 67156 620-221-1430	115 E. Radio Lane Arkansas City, KS 67005 620-442-3260

To be completed by the vaccine administrator only:

1st COVID-19 VACCINE	
Injection Site: LT Deltoid IM Dose: 0.2 mL RT Deltoid IM	
Manufacturer: Pfizer	
Lot #: _____	
_____ Vaccine Administrator's Signature	
Date Given:	

OFFICE USE ONLY	
2nd COVID-19 VACCINE	
Injection Site: LT Deltoid IM Dose: 0.2 mL RT Deltoid IM	
Manufacturer: Pfizer	
Lot #: _____	
_____ Vaccine Administrator's Signature	
Date Given:	

**DEPARTAMENTO DE SALUD DE LA CIUDAD-CONDADO
COWLEY 2020-2021 SOLICITUD DE VACUNACION COVID-19**

Nombre: Apellido		Nombre		Medio	
Fecha de Nacimiento		Edad	Género		[] Masculino [] Hembra
Dirección			Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono		Teléfono alternativo		Correo Electrónico	
¿Su teléfono principal es un teléfono celular? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿podemos dejar mensajes de texto o de voz de esta oficina en su teléfono? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Raza: <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Otro _____ Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Desconocido					
1. ¿Está enferma la persona que se va a vacunar hoy? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
2. ¿Ha recibido alguna otra vacunación en las dos (2) semanas anteriores? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
3. ¿Alguna vez has tenido una reacción medica alérgica grave que requirió atención medica inmediata? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
4. He recibido la divulgación EUA para esta vacuna.					
5. Entiendo que no hay ningún cargo por la vacuna. Los datos del seguro son solo para fines de identificación.					
6. Entiendo que el departamento de salud local y estatal mantendrá un registro de esta vacuna.					
7. Entiendo que esta es una vacuna de dos (2) dosis y debo recibir una segunda dosis en 21 días.					
8. Entiendo que el Departamento de Salud programara y se comunicara conmigo para recibir la segunda dosis de la vacuna.					
Nombre del Seguro Principal:			Relación con el Asegurado:		
Nombre del Asegurado: Apellido		Nombre		Fecha de Nacimiento	
#Identificador del Plan de Seguro		Grupo #			

Se me ha ofrecido la hoja informativa para recipientes y cuidadores. Entiendo los riesgos y beneficios de esta vacuna. Entiendo que el Departamento de Salud protegerá mi privacidad y mi historial médica. Mis preguntas sobre la vacuna han sido respondidas de la mejor manera posible por el Departamento de Salud y pido que me la administren a mi o a la persona nombrada por quien estoy autorizado para hacer esta solicitud. Por la presente autorizo al Departamento de Salud de la Ciudad-Condado de Cowley a divulgar al Departamento de Salud Estatal y a mi compañía de seguros o su representante cualquier información, incluidos los registros de cualquier tratamiento o examen que se me haya brindado durante mi visita para recibir atención y esta vacuna.

Firma _____ Fecha _____

<p>INFORMACION DEL PROVEEDOR CITY-COWLEY COUNTY HEALTH DEPARTMENT 320 E. 9th, Suite B Winfield, KS 67156 620-221-1430</p>	<p>115 E. Radio Lane Arkansas City, KS 67005 620-442-3260</p>
--	---

<p>1st COVID-19 VACCINE</p>		<p>OFFICE USE ONLY</p>		<p>2nd COVID-19 VACCINE</p>	
<p>Injection Site: LT Deltoid IM Dose: 0.2 mL RT Deltoid IM</p>				<p>Injection Site: LT Deltoid IM Dose: 0.2 mL RT Deltoid IM</p>	
<p>Manufacturer: Pfizer Lot #: _____</p>				<p>Manufacturer: Pfizer Lot #: _____</p>	
<p>_____ Vaccine Administrator's Signature Date Given:</p>				<p>_____ Vaccine Administrator's Signature Date Given:</p>	