

Prevaccination Checklist for COVID-19 Vaccines



For vaccine recipients:

Patient Name _____

The following questions will help us determine if there is any reason you should not get the COVID-19 vaccine today.

Age _____

If you answer "yes" to any question, it does not necessarily mean you should not be vaccinated. It just means additional questions may be asked.

If a question is not clear, please ask your healthcare provider to explain it.

Yes No Don't know

	Yes	No	Don't know
1. Are you feeling sick today?			
2. Have you ever received a dose of COVID-19 vaccine?			
• If yes, which vaccine product did you receive? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Another product _____			
3. Have you ever had an allergic reaction to: (This would include a severe allergic reaction [e.g., anaphylaxis] that required treatment with epinephrine or EpiPen® or that caused you to go to the hospital. It would also include an allergic reaction that occurred within 4 hours that caused hives, swelling, or respiratory distress, including wheezing.)			
• A component of the COVID-19 vaccine, including polyethylene glycol (PEG), which is found in some medications, such as laxatives and preparations for colonoscopy procedures			
• Polysorbate			
• A previous dose of COVID-19 vaccine			
4. Have you ever had an allergic reaction to another vaccine (other than COVID-19 vaccine) or an injectable medication? (This would include a severe allergic reaction [e.g., anaphylaxis] that required treatment with epinephrine or EpiPen® or that caused you to go to the hospital. It would also include an allergic reaction that occurred within 4 hours that caused hives, swelling, or respiratory distress, including wheezing.)			
5. Have you ever had a severe allergic reaction (e.g., anaphylaxis) to something other than a component of COVID-19 vaccine, polysorbate, or any vaccine or injectable medication? This would include food, pet, environmental, or oral medication allergies.			
6. Have you received any vaccine in the last 14 days?			
7. Have you ever had a positive test for COVID-19 or has a doctor ever told you that you had COVID-19?			
8. Have you received passive antibody therapy (monoclonal antibodies or convalescent serum) as treatment for COVID-19?			
9. Do you have a weakened immune system caused by something such as HIV infection or cancer or do you take immunosuppressive drugs or therapies?			
10. Do you have a bleeding disorder or are you taking a blood thinner?			
11. Are you pregnant or breastfeeding?			

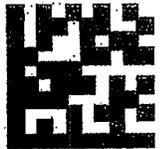
Form reviewed by _____

Date _____



Texas Department of State Health Services

ImmTrac2 Immunization Registry
**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO
 DE RETENCIÓN DE INFORMACIÓN
 SOBRE EL DESASTRE**



(Favor de escribir claramente con letra de molde)

Apellido del Cliente

Nombre del Cliente

____/____/____

Fecha de Nacimiento del Cliente

Dirección del Cliente

Ciudad

Nombre de la Madre (si el cliente es menor de 18 años de edad)

Segundo Nombre del Cliente

*Uno de los padres, el tutor legal o el custodio administrador debe firmar este formulario si el cliente es menor de 18 años de edad.

Género: Masculino Femenino

Apartamento #

____-____-____

Teléfono del cliente

Estado

Código Postal

Condado

Apellido de Soltera de la Madre (si el cliente es menor de 18 años de edad)

Nombre de la Madre (si el cliente es menor de 18 años de edad) Apellido de Soltera de la Madre (si el cliente es menor de 18 años de edad) ImmTrac2, el registro de inmunización de Texas, ha sido designado como el sistema de información y seguimiento para inmunizaciones, antivirales y otros medicamentos administrados a individuos durante la preparación o respuesta a un desastre o emergencia de salud pública. A partir del momento en que se declare finalizado el evento, ImmTrac2 retendrá la información relacionada con el desastre recibida por profesionales de la salud durante un periodo de 5 años. Al final del periodo de retención de 5 años, la información del cliente relacionada con el desastre se removerá del registro a menos que se dé el consentimiento para retener la información en ImmTrac2 más allá del periodo de retención de 5 años.

El Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS) le anima a participar voluntariamente en el registro de inmunización de Texas.

Consentimiento de retención de información relacionada con el desastre y dar a conocer la información a entidades autorizadas

Entiendo que, al dar mi consentimiento a continuación, autorizo al DSHS a que retenga mi información relacionada con el desastre (o la de mi hijo[a]) más allá del periodo de retención de 5 años. Además entiendo que el DSHS incluirá esta información en el registro central de inmunización del estado ("ImmTrac2"). Una vez que mi información relacionada con el desastre (o la de mi hijo[a]) esté en ImmTrac2, puede ésta por ley ser accedida por:

- las agencias estatales, con el propósito de ayudar con los esfuerzos de prevención y control de enfermedades transmisibles y su coordinación y
- los médicos o demás profesionales de la salud legalmente autorizados para administrar vacunas, antivirales y otros medicamentos, para el tratamiento del cliente como paciente.

Entiendo que puedo retirar el consentimiento para retener información en el registro ImmTrac2 más allá del periodo de retención de 5 años y mi consentimiento para dar a conocer la información del registro, en cualquier momento mediante comunicación escrita dirigida a Texas Department of State Health Services, ImmTrac2 Group – MC 1946, P. O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

Con mi firma a continuación, **DOY** mi consentimiento para que se retenga mi información relacionada con el desastre (o la de mi hijo[a] si es menor de 18 años de edad) en el registro de inmunizaciones de Texas más allá del periodo de retención de 5 años.

Cliente (o padre / madre, tutor legal o custodio administrador): _____
 Nombre en letra de molde

Fecha: _____ Firma: _____

Notificación Sobre Privacidad: Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Diríjase a <http://www.dshs.texas.gov> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

Al rellenarlo, mándelo por fax o correo postal al Grupo ImmTrac2 del DSHS o a un proveedor de salud inscrito.
 ¿Tiene preguntas? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • www.ImmTrac.com • ImmTrac2 DC
 Texas Department of State Health Services • ImmTrac2 Group – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac2

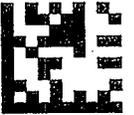
Please enter client information in ImmTrac2 and affirm that consent has been granted.

DO NOT fax to ImmTrac2. Retain this form in your client's record.



Texas Department of State Health Services

REGISTRO DE INMUNIZACIÓN DE TEXAS (ImmTrac2) FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA ADULTOS



(Escriba claramente en letra de molde)

Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____
 Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa) _____ Teléfono _____ Correo electrónico _____
 Dirección _____ Apartamento # / Edificio # _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Condado _____
 Nombre de la Madre _____ Apellido de soltera de la madre _____

Género: Femenino
 Masculino

El Registro de Inmunización de Texas es un servicio gratuito del Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS) de Texas. Se trata de un servicio seguro y confidencial que consolida los registros de vacunación con fines de salud pública (por ej., para darle a cada médico que atienda a un paciente un lugar central donde pueda ver los registros de vacunas de dicho paciente). Al darnos usted su consentimiento, los datos sobre sus vacunas se incluirán en el ImmTrac2. *En el caso de un menor de 18 años de edad, uno de los padres, el tutor legal o el titular de la custodia puede dar el consentimiento para que ese menor participe. Para ello, deberá llenar el formulario de consentimiento del ImmTrac2 para menores (# C-7), que puede descargar en: www.ImmTrac.com.*

Consentimiento para el registro y para divulgar los registros de inmunización a las personas o entidades autorizadas

Entiendo que, al dar aquí mi consentimiento, autorizo la divulgación de mis datos de vacunación al DSHS, y además entiendo que el DSHS incluirá esta información en el Registro de Inmunización de Texas. Una vez que la información sobre mis vacunas esté en el ImmTrac2, las siguientes entidades tendrán por ley acceso a ella: un médico u otro proveedor de salud de Texas legalmente autorizado para administrar vacunas, con fines de tratamiento de la persona como paciente; una escuela de Texas en la que la persona esté inscrita; un distrito de salud pública o departamento de salud local de Texas, con fines de salud pública dentro de sus zonas de jurisdicción; una entidad estatal que tenga la custodia legal de la persona; un pagador actualmente autorizado por el Departamento de Seguros de Texas para operar en el estado respecto a los registros de vacunación de la persona que tenga cobertura bajo la póliza del pagador. **Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento.**

La ley estatal permite la inclusión en el ImmTrac2 de los registros de vacunación de los socorristas y sus familiares directos (mayores de 18 años). Se define como "socorrista" al empleado de la seguridad pública o voluntario entre cuyas funciones está responder rápidamente a una emergencia médica. Se define como "familiar directo" a los padres, el cónyuge, hijos o hermanos que viven en el mismo hogar que el del socorrista. En el caso de un familiar menor de 18 años, uno de los padres, el tutor legal o el titular de la custodia puede dar el consentimiento para que el menor participe en calidad de "menor en el ImmTrac2", llenando el formulario de consentimiento (# C-7) del Registro de Inmunización (ImmTrac).

Marque la casilla correspondiente para indicar si es usted un socorrista o un familiar directo de este.

Soy un SOCORRISTA. Soy FAMILIAR DIRECTO (mayor de 18 años) de un socorrista.

Con mi firma a continuación, **DOY** mi consentimiento para el registro. Deseo **INCLUIR** mi información en el registro de vacunación de Texas.

La persona (o el representante legalmente autorizado de la persona): _____ Nombre en letra de molde
 Fecha _____ Firma _____

Notificación de privacidad: con ciertas excepciones, tiene derecho a pedir y a ser informado sobre la información que el estado de Texas reúne sobre usted. Tiene derecho a recibir y examinar la información al pedirla. También tiene derecho a pedir a la agencia estatal que corrija cualquier información que se determine es incorrecta. Consulte <http://www.dshs.texas.gov> para obtener más información sobre la notificación de privacidad. (Referencia: Código gubernamental, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

¿Tiene preguntas? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • www.ImmTrac.com
 Texas Department of State Health Services • ImmTrac Group • MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac2: Please enter client information in ImmTrac2 and affirm that consent has been granted. **DO NOT** fax to ImmTrac2. Retain this form in your client's record.



EMERGENCY
HOSPITAL SYSTEMS
NETWORK OF HOSPITALS

VACCINATION AFFIDAVIT

Beginning March 29, 2021, the Texas Department of State Health will open vaccinations to everyone who falls under the current Food and Drug Administration emergency use authorizations to protect as many Texans as possible.

Texas Emergency Hospital is a designated Vaccination Hub and will administer vaccinations to anyone 16 years and older. We will continue to prioritize people 80 years or older when scheduling appointments and accommodate anyone in that age group who presents for vaccination, whether they have an appointment, by immediately moving them to the front of the line.

_____ **I ATTEST THAT I AM 16 YEARS OF AGE OR OLDER**

Printed Name: _____

Signature: _____

DATE OF BIRTH: _____ **CURRENT AGE:** _____

Date: _____

Texas Emergency Hospital
Cleveland Emergency Hospital
Cleveland Emergency Hospital Woodlands HOPD
Cleveland Emergency Hospital Deerbrook HOPD
Cleveland Emergency Hospital Porter HOPD

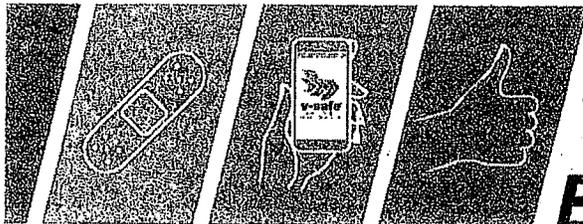
ATTENTION:

The Department of Health and Human Services have requested additional information regarding participant demographics. All participants have been asked to include information regarding the following information:

Name: _____

Race: (Check applicable)

- African American or Black
- Asian
- White
- American Indian or Alaska Native
- Native Hawaiian or Other Pacific Islander
- Hispanic or Latino
- Other



Vacúnese. Tome su teléfono inteligente. Empiece a usar v-safe.

¿Qué es v-safe?

v-safe es una herramienta para teléfonos inteligentes que usa mensajes de texto y encuestas web para proporcionar chequeos de salud personalizados después de que reciba una vacuna contra el COVID-19. A través de **v-safe**, usted puede decirles a los CDC, rápidamente, si tiene algún efecto secundario después de vacunarse contra el COVID-19. Según las respuestas que dé, alguien de los CDC podría llamarlo para saber cómo se encuentra. Y **v-safe** le recordará que tiene que ponerse la segunda dosis de la vacuna contra el COVID-19 si la necesita.

Su participación en **v-safe** de los CDC marca la diferencia: ayuda a mantener las vacunas contra el COVID-19 seguras.

¿Cómo puedo participar?

Después de que reciba una vacuna contra el COVID-19, puede inscribirse en **v-safe** usando su teléfono inteligente. La participación es voluntaria y usted puede retirarse en cualquier momento. Recibirá mensajes de texto de **v-safe** alrededor de las 2 p. m., hora local. Para retirarse, simplemente textee "STOP" cuando **v-safe** le envíe un mensaje de texto. También puede reinscribirse en **v-safe** texteadando "START".

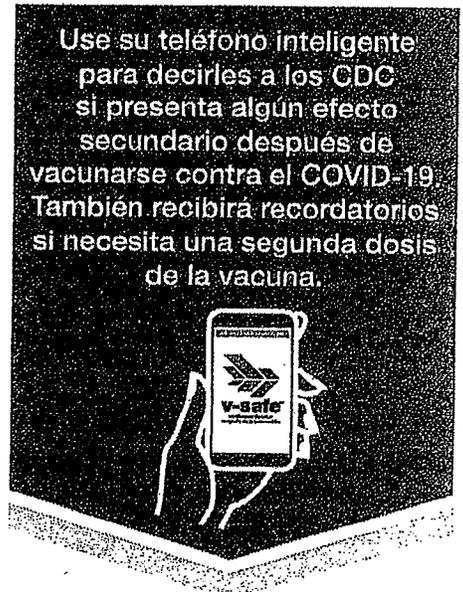
¿Cuánto duran los chequeos de v-safe?

Durante la primera semana después de que reciba la vacuna, **v-safe** le enviará un mensaje de texto cada día para preguntarle cómo está. Después recibirá mensajes de chequeo una vez a la semana, hasta por 5 semanas. Responder las preguntas que hace **v-safe** debería tomar menos de 5 minutos. Si necesita una segunda dosis de la vacuna, **v-safe** proveerá un nuevo proceso de 6 semanas de chequeos para que también pueda compartir su experiencia con la segunda dosis. También recibirá mensajes de chequeo 3, 6 y 12 meses después de la última dosis de la vacuna.

¿Está segura mi información de salud?

Sí. Su información personal en **v-safe** está protegida, así que se mantiene confidencial y privada.*

*Hasta el punto en que **v-safe** usa los sistemas de información existentes manejados por los CDC, la FDA y otras agencias federales, los sistemas emplean estrictas medidas de seguridad adecuadas para el nivel de sensibilidad de los datos.



Inscríbese usando el navegador de su teléfono inteligente en vsafe.cdc.gov

Apunte la cámara de su teléfono inteligente a este código

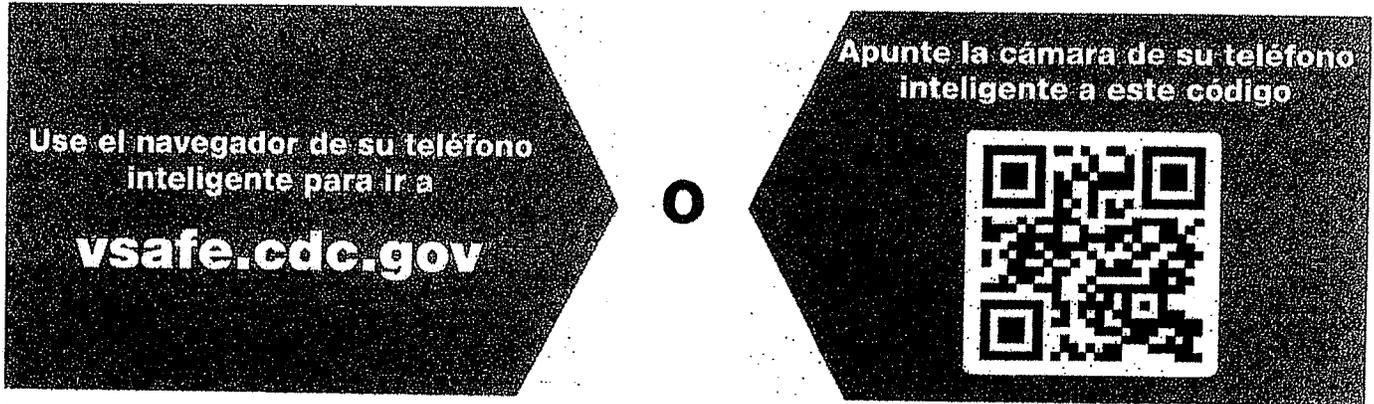


Cómo inscribirse y usar v-safe

Necesitará su teléfono inteligente y la información sobre la vacuna que recibió contra el COVID-19. Esta información se puede encontrar en su tarjeta de registro de vacunación; si no puede encontrar su tarjeta, comuníquese con su proveedor de atención médica.

Inscríbase

1. Visite el sitio web de **v-safe** usando una de las dos opciones que aparecen a continuación:



2. Lea las instrucciones. Haga clic en "**Get Started**".
3. Ingrese su nombre, número de teléfono móvil y otra información solicitada. Haga clic en "**Register**".
4. Recibirá en su teléfono inteligente un mensaje de texto con un código de verificación. Ingrese el código en **v-safe** y haga clic en "**Verify**".
5. En la parte de arriba de la pantalla, haga clic en "**Enter vaccine information**".
6. Seleccione la vacuna contra el COVID-19 que recibió (esta información se encuentra en su tarjeta de registro de vacunación; si no puede encontrar su tarjeta, comuníquese con su proveedor de atención médica). Después ingrese la fecha en que se vacunó. Haga clic en "**Next**".
7. Revise la información sobre su vacuna. Si es correcta, haga clic en "**Submit**". Si no lo es, haga clic en "**Go Back**".
8. **¡Felicitaciones! ¡Está listo!** Si completa su inscripción antes de las 2 p. m. hora local, **v-safe** comenzará su chequeo de salud inicial alrededor de las 2 p. m. ese día. Si se inscribe después de las 2 p. m., **v-safe** comenzará su chequeo de salud inicial inmediatamente después de que se inscriba; solo siga las instrucciones.

Recibirá un mensaje de texto recordatorio de **v-safe** cuando sea el momento de hacer el próximo chequeo, alrededor de las 2 p. m. hora local. Solo haga clic en el enlace en el mensaje de texto para comenzar el chequeo.

Complete el chequeo de salud de v-safe

1. Cuando reciba en su teléfono inteligente un mensaje de texto de **v-safe** para hacer un chequeo, haga clic en el enlace cuando esté listo.
2. Siga las instrucciones para completar el chequeo.

Resolución de problemas

Si me interrumpen, ¿cómo puedo regresar y terminar un chequeo más tarde?

- Haga clic en el enlace en el mensaje de texto recordatorio para volver a comenzar y completar el chequeo.

¿Cómo actualizo la información sobre mi vacuna después de recibir la segunda dosis de la vacuna contra el COVID-19?

- **V-safe** le pedirá automáticamente que actualice la información de su segunda dosis. Solo siga las instrucciones.

¿Necesita ayuda con v-safe?

Llame al 800-CDC-INFO (800-232-4636)

Línea TTY: 888-232-6348

Abierta 24 horas al día, 7 días a la semana

Visite www.cdc.gov/vsafe

