

COVID-19 VACCINE REGISTRATION QUESTIONS

Please have the following information available when registering or assisting individuals in registering for a COVID-19 vaccine appointment.

Name: First, Middle Initial, Last

Mother's Maiden Name

Home Address/City/County/Zip Code

Date of Birth

Race/Ethnicity/Gender

Email Address

Telephone Number

Occupation

Insurance Information – Those without insurance can list **NONE**.

*For Mass Vaccination clinics coordinated by the county select **None**. We are not requiring insurance information at this time.

Please be prepared to answer the following health screening questions for the individual being registered: Do you have any of the following chronic health conditions? *

- Cancer
- Chronic Kidney Disease
- COPD (Chronic Obstructive pulmonary disease)
- Heart conditions, such as heart failure, coronary artery disease, or cardiomyopathies
- Immunocompromised state (weakened immune system) from solid organ transplant
- Obesity (body mass index [BMI] of 30 kg/m² or higher but < 40 kg/m²)
- Severe Obesity (BMT >= 40 kg/m²)
- Pregnancy
- Sickle Cell disease
- Smoking
- Type 2 diabetes mellitus
- Severe allergic reaction (e.g., anaphylaxis) to a COVID-19 vaccine, 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) or Polysorbate? *
- Received passive antibody therapy (monoclonal antibodies or convalescent serum) as treatment for COVID-19? *

Please select preferred appointment time

PREGUNTAS PARA REGISTRACIÓN DE VACUNA COVID-19

Tenga la siguiente información disponible cuando se registre o ayude a alguien a registrarse para una cita para la vacuna COVID-19.

Nombre: Primero, inicial del segundo nombre, apellido

Nombre de soltera de la madre

Domicilio/ciudad/condado/ Código postal

Fecha de nacimiento

Raza / origen étnico / género

Correo electrónico

Número de teléfono

Ocupación

Información de Seguro: las personas sin Seguro pueden responder NINGUNO.

* Para las clínicas de vacunación masiva coordinadas por el condado, seleccione **Ninguna**. No estamos solicitando información del seguro en este momento.

Esté preparado para responder las siguientes preguntas de detección de salud de la persona que este registrando: ¿Tiene alguna de las siguientes condiciones crónicas de salud? *

- Cáncer
- Enfermedad renal crónica
- EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica)
- Condiciones cardíacas, como insuficiencia cardíaca, enfermedad de las arterias coronarias o miocardiopatías
- Estado inmunodeprimido (sistema inmunológico debilitado) por trasplante de órganos sólidos
- Obesidad severa (BMT > = 40 kg / m²)
- Embarazo
- Enfermedad de células falciformes
- Fumar
- Diabetes mellitus tipo 2
- Reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a una vacuna COVID-19, un componente de la vacuna COVID-19 (incluido el polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos, como laxantes y preparaciones para procedimientos de colonoscopia) o polisorbato? *
- ¿Recibió terapia de anticuerpos pasivos (anticuerpos monoclonales o suero de convalecencia) como tratamiento para COVID-19? *

Seleccione la hora de cita preferida