



COOK COUNTY HEALTH | COOK COUNTY GOVERNMENT | Cook County ^{OFF} Public Health

COVID-19 VACCINATIONS WALK-INS WELCOME

VACCINES ARE FREE REGARDLESS OF INSURANCE OR IMMIGRATION STATUS

BROADVIEW MISSIONARY BAPTIST CHURCH

2100 S 25th Ave, Broadview 60155

MONDAY, MAY 24

3:30PM-7PM

Call Broadview Missionary Baptist Church at

708-343-3700

to register for this clinic



Minors 12-18 years old can be vaccinated at this clinic with signed parental consent.
The Cimpar English and Spanish consent forms are attached.

PFIZER

COVID Vaccine Intake Consent Form



Clinic Information

Clinic ID	Clinic Name	Telephone	Store Number
Address		City	State
			Zip

Patient Information

Last Name	First Name	Date of Birth	Gender
Address		City	State
			Zip
Primary Care Provider (PCP) Name		PCP Phone Number	PCP Fax Number
PCP Address		City	State
			Zip

Are you a staff member at a factory? Yes No What is the name of your employer? _____

Is this the your first or second dose of the COVID-19 vaccination?

Insurance Information: (For onsite clinics, please ensure a copy of the patient's insurance card(s) was collected)

* INDICATES REQUIRED FIELDS

Prescription Insurance: Yes No

*Are you the primary cardholder?

*If no, include the primary cardholder's DOB

*Prescription Benefit Plan Name

*Cardholder ID #

*RX Group ID

*BIN

*PCN

Medicare Fields:

Yes No

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*Is the Patient age 65 or older or Medicare Eligible?

*Medicare Part A/B ID Number (MBI) **Note:** MBI is required for all patients age 65 and older, or Medicare eligible. Refer to your Medicare Red, White, and Blue card

Medical Insurance:

*Medical Insurance Provider

*Cardholder ID #

*Group ID

*Payer ID

Yes No

*Is the patient the primary cardholder?

*If no, include primary cardholder's DOB

***If uninsured, you must check the box below to attest that the following information is true and accurate:**

I do not have any insurance, including but not limited to Medicare, Medicaid or any other private or government-funded health benefit plan.

In order to have your vaccine administration fee paid for by the United States Health Resources & Services Administration's COVID-19 Program for Uninsured Patients, please provide either (a) a valid Social Security number, (b) state identification number and state of issuance, OR (c) a driver's license number and the state of issuance.

*Social Security Number

or State Identification Number & State

or Driver's License Number & State

Potential Contraindications

DON'T
YES NO KNOW

- | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Are you feeling sick today? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Have you ever received a dose of COVID-19 vaccine?
If yes , which vaccine product? <input type="radio"/> Pfizer <input type="radio"/> Moderna <input type="radio"/> Another product: _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Have you ever had a severe allergic reaction (e.g., anaphylaxis) in the past? <i>Example: a reaction for which you were treated with epinephrine or EpiPen®, or for which you had to go to the hospital?</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Was the severe allergic reaction after receiving a COVID-19 vaccine? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Was the severe allergic reaction after receiving another vaccine or injectable medication? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Was the severe allergic reaction related to receiving Polyethylene Glycol or products containing Polyethylene Glycol? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Was the severe allergic reaction related to receiving Polysorbate or products containing Polysorbate? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Last Name First Name Date of Birth

Potential Contraindications continued

YES NO DON'T KNOW

- 4. Have you received any vaccines in the past 14 days? YES NO DON'T KNOW
- 5. Have you received monoclonal antibodies or convalescent plasma as part of a COVID-19 treatment in the past 90 days? YES NO DON'T KNOW

Potential Considerations

YES NO DON'T KNOW

- 6. Do you have a bleeding disorder or are you taking a blood thinner? YES NO DON'T KNOW
- 7. For women, are you currently pregnant or breastfeeding? YES NO DON'T KNOW

CONSENT FOR SERVICES: I have been provided with the Vaccine Information Sheet(s) or patient fact sheet corresponding to the vaccine(s) that I am receiving. I have read the information provided about the vaccine I am to receive. I have had the chance to ask questions that were answered to my satisfaction. I understand the benefits and risks of vaccination and I voluntarily assume full responsibility for any reactions that may result. I understand that I should remain in the vaccine administration area for 15 minutes after the vaccination to be monitored for any potential adverse reactions. I understand if I experience side effects that I should do the following: call clinic, contact doctor, call 911. I request that the vaccine be given to me or to the person named above for whom I am authorized to make this request. State of Georgia only: I verify a pharmacist asked for my health history and whether I have had a physical exam within the past year. Health care providers did not identify condition(s) that would mean I should not receive vaccine(s).

COVID-19 Program for Uninsured Patients, is correct. I authorize release of all records to act on this request. I request that payment of authorized benefits be made on my behalf.

DISCLOSURE OF RECORDS: I understand that CIMPARG may be required to or may voluntarily disclose my health information to the physician responsible for this protocol of specific health information of people vaccinated at CIMPARG (if applicable), my Primary Care Physician (if I have one), my insurance plan, health systems and hospitals, and/or state or federal registries, for purposes of treatment, payment or other health care operations (such as administration or quality assurance). I also understand that CIMPARG will use and disclose my health information as set forth in the CIMPARG Notice of Privacy Practices (copy is available in clinic, online or by requesting a paper copy from the pharmacy). State of California only: I agree to have CAIR share my immunization data with Health Care Providers, agencies or schools. Vaccine Clinics: If I am receiving a vaccine through a vaccine clinic, I understand that my name, vaccine appointment date and time will be provided to the clinic coordinator.

AUTHORIZATION TO REQUEST PAYMENT: I do hereby authorize CIMPARG to release information and request payment. I certify that the information given by me in applying for payment under Medicare or Medicaid, or the HRSA

X

Signature of patient to receive vaccine (or parent, guardian, or authorized representative)

Date

If signing on behalf of the patient, you are stating that you are authorized to provide the required consents on behalf of the patient.

Name of parent, guardian, or authorized representative

Phone Number

Relationship

Vaccine Administration Information for Immunizer/Pharmacist use only

Administration Date Vaccine VIS Date Manufacturer Volume (mL)

L R

Lot # Exp. Date Route Site

If patient's body temperature is 100.4° F or greater, inform them they should not receive the vaccine at this

Patient Temperature.

Administering Immunizer Name & Title

Administering Immunizer Signature

Race: 1 - American Indian or Alaska Native 2 - Asian 3 - Native Hawaiian/Other Pacific Islander
 4 - Black or African American 5 - White 6 - Other Race

Ethnicity: 1 - Hispanic 2 - Not Hispanic or Latino 3 - Unknown

Next of Kin (18 or younger)

Name Phone Number Relationship

Address

Prescriber Name Prescriber Address

Formulario de consentimiento para la administración de la vacuna contra la COVID-19



Información de la clínica:

Identificación de la clínica	Nombre de la clínica	Teléfono	N.º de la tienda
------------------------------	----------------------	----------	------------------

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
-----------	--------	--------	---------------

Información sobre el paciente

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	Sexo
----------	--------	---------------------	------

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
-----------	--------	--------	---------------

Nombre del proveedor de atención primaria (PCP)	Teléfono del PCP	Fax del PCP
---	------------------	-------------

Dirección del PCP	Ciudad	Estado	Código postal
-------------------	--------	--------	---------------

¿Eres empleado de alguna fábrica? Sí No ¿Cuál es el nombre de la fábrica donde trabajas?

¿Esta es la primera o la segunda dosis de la vacuna contra la COVID-19?

Información del seguro: (En el caso de las clínicas, asegúrese de que se haya recopilado una copia de la tarjeta del seguro del paciente)

***INDICA LOS CAMPOS OBLIGATORIOS.**

Seguro para medicamentos Sí No

*¿Usted es el tarjetahabiente principal?

*Si no lo es, incluya la fecha de nacimiento del tarjetahabiente principal.

*Nombre del plan de beneficios medicamentosos que precisan de recetas

*N.º de identificación del tarjetahabiente

*Identificación grupal de la receta

*BIN

*PCN

Campos de Medicare:

Sí No

*¿El paciente tiene 65 años o más, o es elegible para Medicare?

Número de identificación de la Parte A/B de Medicare (MBI) Nota: ¿El MBI es necesario para todos los pacientes de 65 años o más, o elegibles para Medicare? Consulte su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare

Seguro Médico:

*Proveedor del seguro médico

*N.º de identificación del tarjetahabiente

*Identificación grupal

*Identificación del pagador

Sí No

*¿El paciente es el tarjetahabiente principal?

*Si no lo es, incluya la fecha de nacimiento del tarjetahabiente principal

Si no tiene seguro, debe marcar la casilla a continuación para autenticar que la siguiente información es verdadera y precisa:

No tengo seguro, ni siquiera Medicare, Medicaid ni ningún otro plan de beneficios de salud privado o financiado por el gobierno.

A fin de que el Programa contra la COVID-19 para Pacientes sin Seguro Médico de la Administración de Servicios y Recursos de Salud (Health Resources & Services Administration, HRSA) de los Estados Unidos le pague la tarifa de administración de la vacuna, proporcione:

(a) un número del Seguro Social válido, (b) el número de identificación estatal y el estado de emisión O (c) el número de la licencia de conducir y el estado de emisión.

*Número del Seguro Social	o número de identificación estatal y estado.	o número de la licencia de conducir y estado
---------------------------	--	--

Posibles contraindicaciones

	Si	No	No Lo Se
1. ¿Se siente enfermo hoy?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Alguna vez ha recibido una dosis de la vacuna contra la COVID-19? En caso afirmativo, ¿de qué productor de vacuna? <input type="radio"/> Pfizer <input type="radio"/> Moderna <input type="radio"/> Otro productor: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia)? Por ejemplo, una reacción por la cual se lo trató con epinefrina o EpiPen® o por la que tuvo que ir al hospital.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La reacción alérgica grave se produjo después de recibir la vacuna contra la COVID-19?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La reacción alérgica grave se produjo después de recibir otra vacuna o un medicamento inyectable?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La reacción alérgica grave se produjo en relación con la administración de polietilenglicol o con productos que contienen polietilenglicol?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La reacción alérgica grave se produjo en relación con la administración de polisorbato o con productos que contienen polisorbato?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento
----------	--------	---------------------

Potential Contraindications continuación

- | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | Si | No | No Le Se |
| 4. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. ¿Ha recibido anticuerpos monoclonales o plasma de convaleciente como parte de un tratamiento contra la COVID-19 en los últimos 90 días? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Posibles consideraciones

- | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | Si | No | No Le Se |
| 6. ¿Tiene un trastorno sanguíneo o está tomando un anticoagulante? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Si es mujer, ¿actualmente está embarazada o en período de lactancia? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS: Me han proporcionado las hojas de información sobre vacunas o la ficha de datos para pacientes correspondientes a la(s) vacuna(s) que estoy por recibir. He leído dicha información proporcionada. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y me las han respondido satisfactoriamente. Comprendo los beneficios y riesgos de la vacuna, y asumo voluntariamente la responsabilidad plena por cualquier reacción que se presente. Comprendo que debo permanecer en el área de vacunación durante 15 minutos después de recibir la vacuna para que me controlen a fin de detectar posibles reacciones adversas. Comprendo que, si experimento efectos secundarios, debo llamar a la farmacia, a un médico o al 911. Solicito que me administren la vacuna o se la administren a la persona mencionada anteriormente para la que estoy autorizado a presentar esta solicitud. Estado de Georgia únicamente: Confirmando que un farmacéutico me pidió el historial médico y me preguntó si me habían realizado una exploración física en el último año. Los proveedores de atención médica no identificaron afecciones por las que no debería colocarme la(s) vacuna(s).

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR PAGO: Por este medio, autorizo a CIMPAR a divulgar información y solicitar el pago. Certifico que la información que he proporcionado al solicitar el pago a Medicare, Medicaid o el Programa contra la COVID-19 para Pacientes sin Seguro Médico de la Administración de Servicios y

Recursos de Salud (HRSA) es correcta. Autorizo la divulgación de todos los registros para llevar a cabo esta solicitud. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga en mi nombre.

DIVULGACIÓN DE REGISTROS: Comprendo que CIMPAR puede necesitar divulgar o puede divulgar voluntariamente mi información de salud al médico responsable de este protocolo de información médica específica de personas vacunadas en CIMPAR (si corresponde), mi médico de atención primaria (si tengo uno), mi plan de seguros, los sistemas de salud y los hospitales, o los registros estatales o federales, para los fines de tratamiento, pago u otras operaciones de atención médica (como la administración o el aseguramiento de la calidad). También comprendo que CIMPAR usará y divulgará mi información de salud según lo establecido en el Aviso de Prácticas de Privacidad de CIMPAR (existe una copia disponible en la oficina, en línea o puede solicitar una copia en papel en la farmacia). **Estado de California únicamente:** Acepto que el Registro de Vacunación de California (California Immunization Registry, CAIR) comparta mi información de vacunación con los proveedores de atención médica, las agencias o las escuelas. Centros de vacunación: Si me administran una vacuna en un centro de vacunación, comprendo y acepto que se proporcione al coordinador de dicho centro mi nombre, y la fecha y la hora de la cita para la colocación de la vacuna.

X

Firma del paciente que recibe la vacuna (o del padre, la madre, el tutor o el representante autorizado)

Fecha

Si firma en nombre del paciente, declara que tiene autorización para brindar los consentimientos necesarios en nombre del paciente

Nombre del padre, la madre, el tutor o el representante autorizado

Teléfono

Parentesco

Información sobre la administración de la vacuna solo para la persona que administra la vacuna y el farmacéutico

Fecha de la administración	Vacuna	Fecha de la VIS	Fabricante	Volumen (ml)
			<input type="radio"/> I <input type="radio"/> D	
N.º de lote	Fecha de venc.	Vía	Lado	

Si la temperatura corporal del paciente es de 100.4 F o más, infórmele que no debería recibir la vacuna en ese momento.

Temperatura del paciente

Nombre y cargo de la persona que administra la vacuna

Firma de la persona que administra la vacuna

Raza: 1 - Aborigen americano o nativo de Alaska 2 - Asiático 3 - Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico
 4 - Negro o afroamericano 5 - Blanco 6 - Otra raza

Etnia: 1 - Hispano 2 - Ni hispano ni latino 3 - Desconocida

Pariente más próximo (18 años o menos)

Nombre

Teléfono

Parentesco

Dirección

Nombre del médico prescriptor

Dirección del médico prescriptor