Hidalgo County Health and Human Services Department
1304 S. 25th Street • Edinburg, Texas 78539
Tel: (956) 383-6221 • Fax: (956) 383-8864

COVID-19 Pre-Screening Form

Patient Information

Last Name (Print)	First Name	M.I.	Date of Birth	Age

Address	City	State	Zip Code

Phone Number	Gender ☐ M ☐ F	Mother's First Name	Mother's Maiden Name

Race	Ethnicity
☐ American Indian or Alaska Native ☐ Asian ☐ Black or African-American ☐ Native Hawaiian or Other Pacific ☐ White ☐ Other	☐ Hispanic or Latino ☐ Not Hispanic or Latino

Pre-Screening Questionnaire

☐ I am 65 years or older

☐ I am a front-line healthcare worker OR a resident of a long-term care facility

☐ I work for a pre-primary, primary, secondary school, Head Start and Early Head Start programs (including teachers, staff (custodial/food service, and bus drivers) OR licensed child care provider, including center-based and family care providers

☐ I am 18 years or older with one or more of the following chronic health conditions (Check all that apply)

☐ Heart Disease	☐ Asthma	☐ Stroke	☐ Kidney Disease	☐ Hypertension
☐ Pregnancy	☐ Down Syndrome	☐ Neurological Disorder	☐ Cystic Fibrosis	☐ Smoker
☐ Diabetes Type 1	☐ Diabetes Type 2	☐ Cerebrovascular Disease	☐ Obesity/Severe Obesity	☐ Lung Disease

☐ Other (Specify) ______________________________ ☐ None of the above

Do you have any of the following immunocompromised conditions? (Check all that apply)

☐ Cancer	☐ Leukemia	☐ Lymphoma	☐ HIV/AIDS	☐ Transplant
☐ Blood Disorder	☐ Liver Disease	☐ Sickle Cell Disease	☐ Anemia	☐ Other (Specify)
☐ None of the above				______________

☐ Yes	☐ No	Have you experienced any of the following symptoms in the last 48 hours: fever, cough, shortness of breath, fatigue, muscle aches, new loss of taste and smell, sore throat, congestion, runny nose, nausea or vomiting, diarrhea?
☐ Yes	☐ No	Within the last 14 days, have you been in close physical contact (6 feet or less for 15 minutes) with someone known to have COVID-19?
☐ Yes	☐ No	Are you currently waiting on results for a COVID-19 test?
☐ Yes	☐ No	Have you had COVID-19? If so, when? Date ______________ If yes, when was isolation discontinued? Date ______________
☐ Yes	☐ No	Did you receive antibodies or convalescent plasma? Date ______________
☐ Yes	☐ No	Have you had a vaccine in the last two (2) weeks? If yes, provide the date ______________
☐ Yes	☐ No	Do you have any history of severe allergies to medication, vaccines, and/or food?
☐ Yes	☐ No	Are you pregnant or lactating?
☐ Yes	☐ No	For second dose: Any severe reactions to first dose? Describe reaction.

Hidalgo County Health and Human Services Department
1304 S. 25th Street • Edinburg, Texas 78539
Tel: (956) 383-6221 • Fax: (956) 383-8864

Evaluación previa a la vacuna COVID-19

Información del paciente

Apellido (Con letra de molde)	Nombre	M.I.	Fecha de nacimiento	Edad

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal

Numero de teléfono	Género ☐ M ☐ F	Nombre de la madre	Apellido de soltera de la madre

Grupo racial	Grupo étnico
☐ Nativo Americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o Afroamericano ☐ Nativo de Hawái o de las Islas del Pacifico ☐ Blanco ☐ Otro	☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano o Latino

Cuestionario de Preselección

☐ Tengo 65 años o más

☐ Soy un trabajador de la salud O soy un residente de los centros de atención a largo plazo

☐ Soy personal de escuela de nivel preescolar, primaria y secundaria, Head Start y Early Head Start (incluido maestro(a), conserje, servicio de alimentos, conductor de autobús) O trabajo para un proveedor de cuidado infantil con licencia, incluidos los proveedores de cuidado infantil que trabajan en centros y para familias

☐ Tengo 18 años o más y tengo una o más de las siguientes condiciones crónicas (Marque todo lo que corresponda)

☐ Enfermedades cardiacas	☐ Asma	☐ Infarto	☐ Enfermedad renal	☐ Hipertensión
☐ Embarazo	☐ Síndrome de Down	☐ Enfermedad pulmonar	☐ Fibrosis Quística	☐ Fuma
☐ Diabetes Tipo 1 / Tipo 2	☐ Obesidad/Obesidad mórbida	☐ Enfermedad Cerebrovascular	☐ Enfermedad Neurológica	☐ Otro (Especifique)
☐ Nada de lo anterior				

¿Tiene alguna de las siguientes condiciones? (Marque todo lo que corresponda)

☐ Cáncer	☐ Leucemia	☐ Linfoma	☐ HIV/SIDA	☐ Trasplante
☐ Enfermedades de la sangre	☐ Enfermedad del hígado	☐ Anemia drepanocítica	☐ Anemia	☐ Otro (Especifique) ________________
☐ Nada de lo anterior				

☐ Si	☐ No	¿Ha experimentado alguno de los siguientes síntomas en las últimas 48 horas: fiebre, tos, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares y nueva pérdida del gusto u olfato, dolor de garganta, congestión, secreción nasal, náuseas o vómitos y/o diarrea?
☐ Si	☐ No	En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto físico cercano (6 pies o menos durante 15 minutos) con alguien que se sabe que tiene COVID-19?
☐ Si	☐ No	¿Está esperando los resultados de una prueba de COVID-19?
☐ Si	☐ No	¿Ha tenido COVID-19? Si es así, ¿cuándo? Fecha________________ Si contestó que sí, ¿cuándo terminó el aislamiento? Fecha________________
☐ Si	☐ No	¿Recibió anticuerpos o plasma de convalecencia? Fecha ______________________
☐ Si	☐ No	¿Ha recibido una vacuna en las últimas dos semanas? Si es así, fecha ________________
☐ Si	☐ No	¿Tiene antecedentes de alergias graves a medicamentos, vacunas y alimentos?
☐ Si	☐ No	¿Está embarazada o en período de lactancia?
☐ Si	☐ No	Para la segunda dosis: ¿Alguna reacción grave a la primera dosis?

Hidalgo County Health and Human Services Department
1304 S. 25th Street • Edinburg, Texas 78539
Tel: (956) 383-6221 • Fax: (956) 383-8864

COVID 19 Vaccine Acknowledgements and Consent Form

Check the vaccine you consent to recieve: ☐ **COVID-19 Vaccine (Moderna)**

Please read the following statements carefully:

- I acknowledge that I am freely and voluntarily consenting to recieivng the vaccine listed above and have received the fact sheet for this vaccine**.**
- I acknowledge and understand the known and potential risks and benefits of receiving the vaccine listed above, to the extent to which such benefits and risks are unknown.
- I acknowledge and understand I have the option to refuse vaccine and have been informed of any available alternatives to the vaccine listed above, and the risks and benefits of available alternatives.
- I acknowledge that I answered the pre-screening questioniare truthfully and to the best of my knowledge, and that I may potentially be refused the vaccine based on the answers provided.
- I acknowledge and understand that the U.S. Food and Drug Administration (FDA) has authorized emergency use of the vaccine listed above, which is not an FDA-approved vaccine. I understand that at this time there is no FDA approved vaccine to prevent COVID-19.
- I acknowledge and understand it is recommended that I remain at the vaccination clinic for fifteen (15) minutes following administration of the vaccine for observation (the “Monitoring Period”) to ensure I do not experience an adverse reaction and to treat adverse reactions that may ensue. I understand recipients that have a history of anaphylaxis should be monitored for thirty (30) minutes post vaccine.
- **Recipients who are Pregnant or Breastfeeding:** Pregnant and breastfeeding persons were not included in the clinical trials for the Moderna COVID-19 vaccine. I have discussed the potential risks of COVID-19 infection versus the risk of vaccination with my healthcare provider and have made the informed decision to receive the Moderna COVID-19 vaccine.
- I have had the opportunity to ask questions which have been answered to my satisfaction.
- I authorize the release of any medical or other information necessary to process the claim. I also request payment of government benefits to the party who accepts assignment.

  Provider Identification Number: ____________________
  Medicare Beneficiary Identifier (MBI): ________________
- **Privacy Notice:** I acknowledge that I have received a copy of my immunization provider's HIPAA Privacy Notice.
- ☐ Check here to recieve mobile text notifications for your second dose.

By signing below, I consent to the administration of the vaccine listed above and acknowledge and agree with the ALL statements above.

Print Name ____ **Date** ____________

Signature ____

For Administrative Use Only	Manufacturer	Expiration Date	Title of Vaccine Administrator	Date Administered
	Lot #	Injection Site Route: IM Right Arm / Left Arm	Signature of Vaccine Administrator	/ / 2021

Hidalgo County Health and Human Services Department
1304 S. 25th Street • Edinburg, Texas 78539
Tel: (956) 383-6221 • Fax: (956) 383-8864

Formulario de consentimiento y reconocimiento de la vacuna COVID-19

Marque la vacuna que dará su consentimiento para recibir: ☐ **COVID-19 Vaccine (Moderna)**

***Lea atentamente las siguientes declaraciones*:**

- Reconozco que doy mi consentimiento libre y voluntario para recibir la vacuna mencionada anteriormente y leído la hoja de información de la vacuna mencionada anteriormente.
- Reconozco los riesgos y beneficios conocidos y potenciales de recibir la vacuna mencionada anteriormente, en la medida en que se desconocen dichos beneficios y riesgos.
- Entiendo que tengo la opción de rechazar la vacuna y se me ha informado de cualquier alternativa disponible a la vacuna mencionada anteriormente, y los riesgos y beneficios de las alternativas disponibles.
- Reconozco que he respondido el cuestionario de preselección con sinceridad y entendimiento, y que es posible que me rechacen la vacuna debido a las respuestas proporcionadas.
- Entiendo que la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) ha autorizado el uso de emergencia de la vacuna mencionada anteriormente, que no es una vacuna aprobada por la FDA. En este momento, no existe una vacuna aprobada por la FDA para prevenir COVID-19.
- Entiendo que se recomienda que permanezca en la clínica de vacunación durante quince (15) minutos después de la administración de la vacuna para observación (el "Período de seguimiento") para asegurarse de que no experimente una reacción adversa y para tratar las reacciones adversas que puedan sobrevenir. Entiendo que las personas que tienen antecedentes de anafilaxia deben ser monitoreados durante treinta (30) minutos después de la vacuna.
- **Personas embarazadas o en período de lactancia:** las personas embarazadas y en período de lactancia no fueron incluidas en los estudios clínicos de la vacuna Moderna COVID-19. He discutido los riesgos de la infección por COVID-19 frente al riesgo de la vacunación con mi proveedor de atención médica y he tomado la decisión informada de recibir la vacuna Moderna COVID-19.
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas que han sido respondidas satisfactoriamente.
- Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para procesar el reclamo. También solicitó el pago de los beneficios del gobierno a la parte que acepta la asignación.

  Number *Número de identificación del proveedor*: ____________________
  ***Identificador del beneficiario de Medicare (MBI):* ________________**

- **Aviso sobre derechos de la vida privada:** Yo admito haber rccibido de mi proveedor de inmunizaci6n una copia del aviso sobre derechos de la vida privada, Ley de Responsabilidad y Transfcribilidad de Seguros Medicos (HIPAA).
- ☐ Marque aquí para recibir notificaciones de texto móviles para su segunda dosis.

Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para la administración de la vacuna mencionada anteriormente y reconozco y estoy de acuerdo con <u>TODAS</u> las declaraciones anteriores.

Imprimir nombre____ **Fecha**_____________

Signatura ____

For Administrative Use Only	Manufacturer	Expiration Date	Title of Vaccine Administrator	Date Administered
	Lot #	Injection Site Route: IM Right Arm / Left Arm	Signature of Vaccine Administrator	/ / 2021

Texas Department of State Health Services

Texas Immunization Registry (ImmTrac 2) Disaster Information Retention Consent Form

(Please print clearly)

*A parent, legal guardian or managing conservator must sign this form if the client is younger than 18 years of age.

First Name ____ Middle Name ____ Last Name ____

Date of Birth (mm/dd/yyyy) ____/____/____ Gender: ☐ Male ☐ Female Telephone ____-____-____ Email address ____

Client's Address ____ Apartment # / Building # ____

City ____ State ____ Zip Code ____ County ____

Mother's First Name ____ Mother's Maiden Name ____

Race (select all that apply):	Ethnicity (select only one):
☐ American Indian or Alaskan Native ☐ Asian ☐ Black or African American	☐ Hispanic or Latino
☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander ☐ White ☐ Other Race	☐ Not Hispanic or Latino
☐ Recipient Refused	☐ Recipient Refused

The Texas Immunization Registry (ImmTrac2) has been designated as the disaster-related reporting and tracking system for immunizations, antivirals, and other medications administered to individuals in preparation for, or in response to, a disaster or public health emergency. From the time the event is declared over, ImmTrac2 will retain disaster-related information received from health-care providers for a period of 5 years. At the end of the 5 year retention period, client-specific disaster-related information will be removed from the Registry unless consent is granted to retain the client information in ImmTrac2 beyond the 5 year retention period.

The Texas Department of State Health Services (DSHS) encourages your voluntary participation in the Texas Immunization Registry.

Consent for Retention of Disaster-Related Information and Release of Information to Authorized Entities

I understand that, by granting the consent below, I am authorizing retention of my (or my child's) disaster-related information by DSHS beyond the 5 year retention period. I further understand that DSHS will include this information in the state's central immunization registry ("ImmTrac2"). Once in ImmTrac2, my (or my child's) disaster-related information may by law be accessed by:

- a state agency, for the purpose of aiding and coordinating communicable disease prevention and control efforts, and / or
- a physician or other health- care provider legally authorized to administer immunizations, antivirals, and other medications, for treating the client as a patient;

I understand that I may withdraw this consent to retain information in the ImmTrac2 Registry beyond the 5 year retention period and my consent to release information from the Registry, at any time by written communication to the Texas Department of State Health Services, ImmTrac2 Group – MC 1946, P.O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

By my signature below, I GRANT consent to retain my disaster-related information (or my child's information if younger than age 18) in the Texas immunization registry beyond the 5 year retention period.

Client (or parent, legal guardian, or managing conservator:) ____ Printed Name

____ Date ____ Signature

PRIVACY NOTIFICATION: With few exceptions, you have the right to request and be informed about information that the State of Texas collects about you. You are entitled to receive and review the information upon request. You also have the right to ask the state agency to correct any information that is determined to be incorrect. See http://www.dshs.state.tx.us for more information on Privacy Notification. (Reference: Government Code, Section 552.021, 552.023, 559.003 and 559.004)

Upon completion, please fax or mail form to the DSHS ImmTrac2 Group or a registered Health-care provider.

Questions? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • www.ImmTrac.com • ImmTrac 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 Health and Human Services | 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

Segundo Nombre del Cliente

Fecha de Nacimiento 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**

Dirección del Cliente

Apartamento #

Teléfono del cliente ___ - ___ - ___

Ciudad

Estado

Código Postal

Condado

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)

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.**

Stock No. F11-12956 Revised 03/2017