

INFORMACIÓN PERSONAL Y DE CONTACTO

Por favor complete TODA la información solicitada a continuación

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____
Mes Día Año

Apellido de soltera: _____ Numero de seguro social: _____ - _____ - _____

Correo Electrónico: _____

Calle: _____

Ciudad: _____ Condado: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Móvil: _____

Preferencia de Comunicación:

- | | |
|---------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Correo Electrónico | <input type="checkbox"/> Ambos |
| <input type="checkbox"/> Mensaje de Texto | <input type="checkbox"/> Ningun
o |

Raza:

- Indio Americano o Nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o Afroamericano
- Blanco
- Otro

Origen Étnico:

- Hispano o Latino
- No Hispano o Latino

Género:

- Masculino
- Femenino
- Desconocido

¿Usted es un trabajador esencial de primera línea (policía, trabaja en el procesamiento de alimentos, maestro, etc.)?

- Sí No

Si respondió que sí, ¿Cuál es el nombre de su empleador? _____

¿Usted vive o trabaja en un centro de cuidados a largo plazo/vivienda asistida?

- Sí No

Si respondió que sí, ¿Cuál es el nombre del centro? _____

¿Es usted miembro de una comunidad o nación tribal reconocida federalmente?

- Sí No

Si respondió que sí, ¿Cuál es el nombre de la comunidad? _____

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
 Mes Día Año

FOR OFFICIAL USE ONLY

*** Required Fields**

***Responsible Organization:** Cabarrus Health Alliance

"Responsible Organization" is the name of the parent organization or health system that originated and is accountable for the content of the record. If an organization has several clinics or facilities, this would be the organization that represents all of the clinics/facilities.

***Administration at Location:** Cabarrus Health Alliance POD Site:

"Administration at Location" is the name of the physical clinic or facility that reported the vaccination, refusal, or missed appointment. In a small practice setting, this could be the same as the responsible organization.

*Administration Date: ____/____/____ *Administration Time: ____AM ____PM
 Month Day Year

*Vaccine Expiration Date: ____/____/____
 Month Day Year

*Vaccine Barcode: _____

*Vaccine Type (CVX): _____ *Vaccine Manufacturer (MVX): _____

*Vaccine Product (NDC): _____ *Vaccine Lot Number: _____

*Available Vaccine Inventory: _____

*Vaccine administered on behalf of (Clinician): _____

<u>*Vaccine Administering Site</u>	<u>*Vaccine Route of Administration</u>	<u>*Dose Number</u>
____ Left Deltoid (LD)	____ Intradermal (IM)	____ First Dose
____ Left Arm (LA)	____ Subcutaneous (SQ)	____ Second Dose
____ Left Lower Forearm (LLFA)		
____ Right Deltoid (RD)		
____ Right Arm (RA)		
____ Right Lower Forearm (RLFA)		
____ Left Thigh (LT)		
____ Left Gluteus Medius (LG)		
____ Left Vastus Lateralis (LVL)		
____ Right Thigh (RT)		
____ Right Gluteus Medius (RG)		
____ Right Vastus Lateralis (RVL)		

Notes:
