



ADVISORY

FOR/TO : All Officials and Employees
DENR Central Office

In line with our commitment to provide protection to DENR officials and employees, we have scheduled a COVID-19 vaccination for DENR Central Office officials and employees on 15 July 2022 from 8:00 a.m. to 3:00 p.m., through the generosity of the Quezon City government. This activity is authorized by virtue of DENR Special Order No. 2022-525 dated 11 July 2022.

Those who are interested to get their initial/second dose, 1st/2nd booster of COVID-19 vaccines are requested to observe the following procedures and guidelines:

1. Vaccination shall be open to all DENR Central Office officials and employees but with preference to those belonging to A2 (senior citizens) and A3 (persons with comorbidities) groups. This preference will be enforced via the priority lane during screening and shots administration;
2. Registration shall be via online form, using the link: <https://forms.gle/hXdbRsR2ZPGveYQ68> or scan the QR code below:



3. Successful registrants shall be sent a link to the Health Declaration Screening Form and Informed Consent Form to be filled out in advance. Printed copies of the forms are likewise available at the Medical Clinic. This, along with the following documents, shall be presented upon registration/screening on vaccination day:
 - a. original vaccination card showing your most recent vaccination received;
 - b. valid ID
4. Vaccination will not be administered to persons who:
 - a. are with COVID-19 like symptoms;
 - b. previously manifested allergic reaction to COVID-19 vaccine;
 - c. have been exposed to a COVID positive person and/or was tested positive for COVID-19 within the last two weeks;
 - d. received COVID-19 vaccine less than three months ago; or
 - e. received any vaccine within the past two weeks.
5. The LGU Health Team has informed us that it can only bring 300-400 vaccines on 15 July 2022. Registrants who will not be accommodated shall be included in subsequent schedules.
6. Everyone is enjoined to observe strict health and safety protocols at the vaccination venue. Those who will fill out forms at the registration area must bring their own ballpen.

For information and guidance.

HIRO V. MASUDA, DBA, CESO III
Assistant Secretary for Human Resources, Strategic
Communication and Sectoral Initiatives

**COVID-19 BOOSTER VACCINATION
HEALTH DECLARATION SCREENING FORM**

ng Philippine National COVID-19 Vaccine Deployment and Vaccination Program nitong Nobyembre 16, 2021

SURIIN ANG BABAKUNAHAN

NO YES

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|-------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|---|--------------------------------|-----------------------------------|---|---|---|--|---------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| <p>Nakatanggap at nakumpleto na ang vaccine series ng kahit anong COVID-19 vaccine AT nakatanggap na ng karagdagang dose (o booster dose)?</p> <p><i>Kumpletong vaccine series</i></p> <ul style="list-style-type: none"> > Dalawang doses ng Pfizer BioNTech, Moderna, Sinovac, Gamalya, AstraZeneca, or isang dose ng Janssen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Kung nakatanggap at nakumpleto na ang dalawang doses ng Pfizer BioNTech, Moderna, Sinovac, Sinopharm, Gamalya, AstraZeneca, mas mababa sa anim na buwan mula nang nabakunahan nito?</p> <p>O, kung nakatanggap ng isang dose ng Janssen, mas mababa sa tatlong buwan mula ng nabakunahan nito?</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Edad ay mas mababa sa 18 taong gulang?</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>May malubhang alerhiya sa kahit anong sangkap ng bakunang mairating mabigay sa araw na ito? O dating magka malubhang alerhiya matapos makatanggap ng kahit anong COVID-19 vaccine?</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>May alerhiya sa pagkam, itlog, gamot? May hika (asthma)</p> <ul style="list-style-type: none"> > Kung may alerhiya o hika, may problema ba sa pag-monitor sa pasyente ng 30 minuto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>May sakit kaugnay ng pagdudugo, o sa kasalukuyang ay uminom ng anti-coagulants (pampalabnaw ng dugo)?</p> <ul style="list-style-type: none"> > Kung may sakit kaugnay ng pagdudugo o kasalukuyang uminom ng anti-coagulants (pampalabnaw ng dugo), mayroon bang problema sa pagkuha/paggamit ng gauge 23-35 na sininghiya (syringe) para sa pagtukok? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>May SBP ≥ 160 mmHg at/o DBP ≥ 100 mmHg NA MAY KASAMANG signs and symptoms ng organ damage?</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Kung may SBP ≥ 160 mmHg at/o DBP ≥ 100 mmHg NANG WALANG signs and symptoms ng organ damage, may problema ba sa pagpapanaliti ng blood pressure na $< 160/100$ mmHg matapos ang monitoring ng dalawang beses sa bawat 15 minuto?</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Mayroon ng kahit alinman sa sumusunod na alintomas?</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lagim / panginatag dahil sa lamig</td> <td><input type="checkbox"/> Pagkapagod</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sakit ng ulo</td> <td><input type="checkbox"/> Pangalaha</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ulan</td> <td><input type="checkbox"/> Karalan ng pusilasa o pang-erroy</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sipon</td> <td><input type="checkbox"/> Pagtalar</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Parusakit ng kalamanan</td> <td><input type="checkbox"/> Ilang sa paghihina</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Parusakit ng kalamanan</td> <td><input type="checkbox"/> Pagkahihiya/pagpapakahihiya</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rashes</td> <td><input type="checkbox"/> Ilang pang-alintomas ng covidability</td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> Lagim / panginatag dahil sa lamig | <input type="checkbox"/> Pagkapagod | <input type="checkbox"/> Sakit ng ulo | <input type="checkbox"/> Pangalaha | <input type="checkbox"/> Ulan | <input type="checkbox"/> Karalan ng pusilasa o pang-erroy | <input type="checkbox"/> Sipon | <input type="checkbox"/> Pagtalar | <input type="checkbox"/> Parusakit ng kalamanan | <input type="checkbox"/> Ilang sa paghihina | <input type="checkbox"/> Parusakit ng kalamanan | <input type="checkbox"/> Pagkahihiya/pagpapakahihiya | <input type="checkbox"/> Rashes | <input type="checkbox"/> Ilang pang-alintomas ng covidability | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Lagim / panginatag dahil sa lamig | <input type="checkbox"/> Pagkapagod | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sakit ng ulo | <input type="checkbox"/> Pangalaha | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ulan | <input type="checkbox"/> Karalan ng pusilasa o pang-erroy | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sipon | <input type="checkbox"/> Pagtalar | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Parusakit ng kalamanan | <input type="checkbox"/> Ilang sa paghihina | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Parusakit ng kalamanan | <input type="checkbox"/> Pagkahihiya/pagpapakahihiya | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Rashes | <input type="checkbox"/> Ilang pang-alintomas ng covidability | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>May exposure sa taong confirmed o suspect na kaso ng COVID-19 nitong nakaraang 14 na araw?</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Nagpositibo sa COVID-19 at kasalukuyang ginagamot pa / hindi pa recovered?</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Nakatanggap ng kahit anong bakuna nitong nakaraang 14 na araw o pinalatlong tumanggap ng kahit anong bakuna sa susunod na 14 na araw matapos magbakuna?</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Ginamot o nakuha ng convalescent plasma o monoclonal antibodies para sa COVID-19 nitong nakaraang 90 na araw?</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Kung nasa unang tatlóng buwan (first trimester) ng pagbubuntis, may pagtutol ba sa pagbakuna na nakasaad sa medical clearance mula sa kanilang doktor (attending physician)?</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Mayroon ng kahit alinman sa sumusunod na sakit o kondisyon?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Human Immunodeficiency Virus (HIV) <input type="checkbox"/> Kanser (Cancer o Malignancy) at kasalukuyang sumasalalita sa chemotherapy, radiotherapy, immunotherapy, o iba pang treatment <input type="checkbox"/> Sumailalm sa organ transplant <input type="checkbox"/> Kasalukuyang uminom ng steroids <input type="checkbox"/> Nakaratap na lang sa kama (bed-ridden), may sakit (terminal illness) na hindi tataas sa anim (6) na buwan ang tanong <input type="checkbox"/> May autoimmune disease <input type="checkbox"/> Myocarditis o pericarditis o na-diagnose ng myocarditis/ pericarditis matapos magbakuna ng mRNA vaccine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> > Kung may alinman sa mga nabanggit, tutol ba ang doktor sa pagbakuna sa dalang medical clearance bago ang araw ng pagbakuna? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |

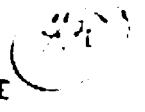
| | | | |
|---|---|---|--|
| <p> pangalan ng babakunahan: _____</p> <p> pangalan ng Magulang / Legal Guardian: _____</p> <p> Birthdate: _____</p> <p> edad ng Health Worker: _____</p> | <p> Kasarian: _____</p> <p> Wt (kg) _____</p> <p> BP: _____</p> <p> HR: _____</p> | <p> Temp: _____</p> <p> RR: _____</p> <p> O2 sat: _____</p> | <p>VACCINATE</p> <p>Kung alinman sa puting kahon ang may tsek. PAGPALIBAN muna ang pagbabakuna</p> |
|---|---|---|--|

* Please keep this health screening form as part of the patient's official vaccination and medical record



INFORMED CONSENT FORM PARA SA BOOSTER DOSE NG COVID-19 VACCINE

of the Philippine National COVID-19 Vaccine Deployment and Vaccination Program
is of November 16, 2021



Name:

Birthdate:

Sex:

Address:

Occupation:

Contact Number:

Vaccination Sites:

Primary COVID-19 Vaccine Series:

INFORMED CONSENT

Kinukumpirma ko na ako ay nabigyan at nahasa ko ang Emergency Use Authorization Information Sheet para sa COVID-19 Vaccine Moderna / Pfizer-BioNTech / Sinovac / AstraZeneca, at kilos na napaliwanag ang nilalaman nito sa akin Inamendahan ng Philippine Food and Drug Administration ang Emergency Use Authorization ng COVID-19 Vaccines para maibigay bilang karagdagan o booster dose para sa piling populasyon, nung naayon sa pinakabagong datos na nakalap

Bibigyan ko ng pahintulot ang pamahalaan na gamitin ang mga impormasyong ukol sa akin para sa public health kasama na ang pag-ulat sa na-angkop na national vaccine registries, alinsunod sa mga protocol ng Data Privacy Act ng 2012

Ako ay kusang loob na pumapayag na makatanggap ng karagdagan (o booster) dose gamit ang COVID-19 Vaccine Moderna / Pfizer-BioNTech / Sinovac / AstraZeneca

Kinukumpirma ko na ako ay sumailahin sa health screening para sa mga kondisyon na maaaring maging dahilan para ipagpapaliban ang pagtatanggap ko ng karagdagan o booster dose ng bakuna, o mangailangan ng karagdagan pagtingat (special precaution) sa pagbabakuna alinsunod sa Health Screening Questionnaire.

Ako ay nakatanggap ng sapat na impormasyon tungkol sa benepisyo (benefits) at mazarang peligro (risks) ng nasabing pagkuha ng karagdagan (o booster) dose ng bakuna sa COVID-19. Naiintindihan ko rin ang mga posibleng kahinatnan ko kung sakaling hindi ako magbabakuna ng karagdagan o booster dose

Signature over Printed Name Date

Kung sakaling ang indibidwal ay hindi makakapirma:

Patunay ito na nasaksihan ko ang sapat na pagbase nitong INFORMED CONSENT at liability waiver sa indibidwal na magpapahakuna. Sapat ang impormasyong naibigay at nasagot ang lahat ng kanyang katanungan. Kinukumpirma ko na nagbigay ang indibidwal ng kanyang pahintulot para mabakunahan gamit ang COVID-19 Vaccine Moderna / Pfizer-BioNTech / Sinovac / AstraZeneca

Ako ay nabigyan ng pagkakataong magtanong tungkol sa pagbabakuna, at lahat ng ito ay nabigyan ng sapat at malinaw na kasagutan. Dahil dito, kusang loob kong pinapawalan ang Pamahalaan ng Pilipinas, ang manufacturer ng bakuna, kanilang mga ahente at empleyado, kabilang na ang ospital, mga doktor at magbabakuna, mula sa lahat ng claims kaugnay sa resulta ng paggamit at pagbigay ng bakuna, o bisa ng COVID-19 Vaccines

Signature over Printed Name Date

Kung piniiling hindi kumuha ng booster dose ng bakuna, ilista ang dahilan:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

Naiintindihan ko na karamihan sa side effects ay banayad at magre-resolba nang kusa, at may posibilidad na makaranas ako ng malubhang (severe) adverse reaction, tulad ng allergy blood clots na may kaugnayan sa mababang bilang ng platelet (vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia) o kondisyon sa puso (hal. myocarditis or pericarditis). Kung kakailanganin ko ng agarang atensiyong medikal, maaari akong daliin sa pinakamalapit na ospital ng Pamahalaan. Ako ay binigyan ng impormasyon kung saan ko pwedeng isangguni ang anumang sintomas na aking mararamdaman matapos magbabakuna

Sa paglagda ko dito sa informed consent form, naiintindihan ko rin na ako ay may karapatan sa health benefit packages ng Philippine Health Insurance Corporation (PhilHealth) ay makaranas ng malubhang se event kaugnay ng COVID-19 nito. Naiintindihan ko din na ang PhilHealth ay magbibigay ng compensation sa PhilHealth