

**ROCKINGHAM COUNTY DIVISION OF PUBLIC HEALTH
COVID-19 VACCINE CONSENT FORM**

Name: _____ Date of Birth: _____
Last First MI

Address: _____
Street Address City State Zip

SS# _____ (Sex) ☐ Male ☐ Female Telephone # _____

Race: ☐ White ☐ Black ☐ Am. Ind. /Alaskan Native ☐ Asian/Pacific Islander ☐ Other

Preferred Language: English _____ Spanish _____ Other _____

Ethnic Origin: _____ Hispanic /Latino _____ Not Hisp/Latino Marital Status: ☐ Single ☐ Married ☐ Divorced ☐ Widow

FINANCIAL INFORMATION

Primary Insurance _____ Policy/ID#: _____

Insured's Name on Card _____ Insured's Date of Birth _____

IMMUNIZATION INFORMATION

1. Are you allergic to any medications, foods, or products? ☐ Yes ☐ No
2. Have you ever had a serious allergic reaction? ☐ Yes ☐ No
3. Do you carry an epi-pen? ☐ Yes ☐ No
4. Do you now have a fever with a temperature above 100° F/or are you sick today? ☐ Yes ☐ No
5. Are you currently experiencing any COVID-19 symptoms or have you been in close contact with anyone diagnosed with COVID-19 in the last 14 days? ☐ Yes ☐ No
6. Have you been vaccinated with any vaccine (including flu) within the past 14 days? ☐ Yes ☐ No
7. Have you tested positive for COVID-19 in the last 90 days? ☐ Yes ☐ No
8. Have you been treated for COVID-19 infection with plasma (or passive antibody therapy) in the last 90 days? ☐ Yes ☐ No
9. Do you have a bleeding disorder or do you take a blood thinner? ☐ Yes ☐ No
10. Are you currently pregnant or breastfeeding? ☐ Yes ☐ No

I have read and understand information provided to me concerning the receiving of vaccines for COVID-19 and have had the opportunity to ask questions. I give my permission to receive COVID-19 vaccine. I authorize the provider of service to release information necessary for the processing of any claim for payment made on my behalf, and I authorize payment to the provider for such claim. I was offered a copy of the Rockingham County Division of Public Health Notice of Privacy Practices.

Your medical information from RCDHHS is shared with NC Health Information Exchange Authority (HIEA). If you wish to opt out of HIEA, please request the Opt Out Form from a staff member.

Signature _____ Date _____

FOR HEALTH DEPARTMENT USE ONLY

Clinic Location _____

Mfg/Lot Number _____
(z23 – ICD-10)

Allergies and Reactions:

IM Administration Site: Rt Deltoid / Lft Deltoid / Rt Thigh / Lft Thigh

CPT Code **91301 - Moderna** **91300 - Pfizer** **91303 - Janssen**

☐ 0011A Admin Moderna (1st dose) ☐ 0001A Admin Pfizer (1st dose) ☐ 0031A – Admin Janssen

☐ 0012A Admin Moderna (2nd dose) ☐ 0002A Admin Pfizer (2nd dose)

Document ☐ Card ☐ CVMS ☐ Patagonia

Nurse Signature _____ Date _____

División del Condado de Rockingham de Salud Pública
Consentimiento Para La Vacuna De COVID-19

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____
Apellido _____ Nombre _____ MI _____
Domicilio _____
Cuidad _____ Estado _____ Código Postal _____
SS# _____ Sex: ☐ Masculino ☐ Femenino Teléfono # _____
Raza: ☐ Blanco ☐ Negro ☐ Amerindio/Nativo de Alaska ☐ Asiático/Habitantes de las islas del Pacífico ☐ Otro
Lenguaje preferido: Inglés _____ Español _____ Otro _____
Origen étnico: Hispano/Latino _____ no Hispano/Latino _____ Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo

Información Financiera

Seguro Medico: _____ # de Poliza: _____
Nombre del asegurado en la tarjeta: _____ Fecha de nacimiento del asegurado: _____

Información de Vacunas

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Es alérgico a algún medicamento, alimento o producto? | ☐ Si | ☐ No |
| 2. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave? | ☐ Si | ☐ No |
| 3. ¿Llevas un epi-pen? | ☐ Si | ☐ No |
| 4. ¿Tiene fiebre con una temperatura superior a 100 ° F / o está enfermo hoy? | ☐ Si | ☐ No |
| 5. ¿Tiene actualmente algún síntoma de COVID-19 o ha estado en contacto cercano con alguien diagnosticado con COVID-19 en los últimos 14 días? | ☐ Si | ☐ No |
| 6. ¿Ha sido vacunado con alguna vacuna (incluida la gripe) en los últimos 14 días? | ☐ Si | ☐ No |
| 7. ¿Ha dado positivo por COVID-19 en los últimos 90 días? | ☐ Si | ☐ No |
| 8. ¿Ha recibido tratamiento para la infección por COVID-19 con plasma (o terapia pasiva de anticuerpos) en los últimos 90 días? | ☐ Si | ☐ No |
| 9. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o toma un anticoagulante? | ☐ Si | ☐ No |
| 10. ¿Está embarazada o amamantando actualmente? | ☐ Si | ☐ No |

He leído y entiendo la información que se me ha proporcionado con respecto a recibir las vacunas contra COVID-19 y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Doy mi permiso para recibir la vacuna COVID-19. Autorizo al proveedor del servicio a divulgar la información necesaria para el procesamiento de cualquier reclamo de pago realizado en mi nombre, y autorizo el pago al proveedor por dicho reclamo. Me ofrecieron una copia del Aviso de prácticas de privacidad de la División de Salud Pública del Condado de Rockingham.

Su información médica de RCDHHS se comparte con NC Health Information Exchange Authority (HIEA). Si desea optar por no participar en HIEA, solicite el Formulario de exclusión voluntaria de un miembro del personal.

Firma: _____ Fecha: _____

FOR HEALTH DEPARTMENT USE ONLY

Mfg/Lot Number _____
(z23 – ICD-10)

Clinic Location _____

Allergies and Reactions:

IM Administration Site: Rt Deltoid / Lft Deltoid / Rt Thigh / Lft Thigh

CPT Code **91301 - Moderna**

91300 - Pfizer

91303 - Janssen

☐ 0011A Admin Moderna (1st dose)

☐ 0001A Admin Pfizer (1st dose)

☐ 0031A – Admin Janssen

☐ 0012A Admin Moderna (2nd dose)

☐ 0002A Admin Pfizer (2nd dose)

Document ☐ Card ☐ CVMS ☐ Patagonia

Nurse Signature _____

Date _____