

PATIENT (person receiving vaccine)

Last Name:	First Name:	Date of Birth:
Address, City, Zip Code	Female ____ Male ____ Age ____	Must be 18 for Moderna Must be 16 for Pfizer
Cell Phone:	Email:	Must be 18 for Johnson&Johnson
Race: ____ American Indian or Alaskan Native ____ Asian ____ Asian Indian ____ Black or African American ____ Native Hawaiian or Other Pacific Islander ____ Other Race ____ Chinese ____ Unknown ____ White ETHNICITY: ____ Hispanic or Latino ____ Not Hispanic or Latino ____ Unknown		

Parent/Legal Guardian (necessary if patient is UNDER 18 years old)

Name:	Signature:	Phone Number:
--------------	-------------------	----------------------

Screening Checklist for Contraindications to COVID-19 Vaccination

For the person getting vaccinated today to be eligible to receive the COVID-19 vaccine, you must read, answer all the questions and sign this consent form. Depending on your answers you and/or your child will either receive the Pfizer, the Moderna, or the Johnson & Johnson COVID-19 vaccine or be asked additional questions. Please read the Emergency Use Authorization (EUA) form we have provided to you by email. Both vaccines require 2 doses. You will need to return in 21 days for Pfizer or 28 days for the Moderna vaccine.

1. Are you feeling sick today?	____ Yes ____ No
2. Have you ever received a dose of COVID-19 vaccine?	____ Yes ____ No
If YES, which vaccine product?	☐ Pfizer ☐ Moderna ☐ Johnson & Johnson ☐ Other Product
3. Have you ever had a severe allergic reaction (e.g. anaphylaxis) in general, to a vaccine or other injectable medication?	____ Yes ____ No
4. Have you received passive antibody therapy (monoclonal antibodies or convalescent serum) as treatment for COVID-19?	____ Yes ____ No
5. Have you received another vaccine in the last 14 days?	____ Yes ____ No
6. Have you had a positive test for COVID-19 or has a doctor ever told you that you had COVID-19?	____ Yes ____ No
7. Do you have a weakened immune system cause by something such as HIV infection or cancer or do you take immunosuppressive drugs or therapies?	____ Yes ____ No
8. Do you have a bleeding disorder or are you taking a blood thinner?	____ Yes ____ No
9. Are you pregnant or breastfeeding?	____ Yes ____ No

Vaccination Consent This acknowledgment must be signed on the date the vaccine is administered by the person to receive the vaccine, or by the parent or legal guardian.

Acknowledgement: I have been given a copy and have read the "Emergency Use Authorization" (EUA) form. I understand the benefits and risks of the vaccine and request that the vaccine be given to me or to the person for whom I am authorized to make this request. I also understand may immunization information will be entered into the RIDE/Healthy Futures Immunization Registry. I release Health Services Agency/Communicable Disease Prevention Section from all claim relating directly or indirectly to the administration of the vaccine to myself or to the child and I further agree to indemnify and hold HR Support and HAS/PH harmless from all such claims.

I, the undersigned, certify that all the above information is true and correct to the best of my knowledge.

Signature of Patient, Parent or Legal Guardian: _____ **Date:** _____

Insurance Provider: _____

Insurance/Group Number: _____

Insurance/ID Card Image

ID Number: _____

I attest that I do not have health insurance (initial) _____

For Administrative Use Only

PFIZER	MODERNA	JOHNSON&JOHNSON
Vaccinator name (print)		
Vaccine Administration Site (specific site)		
Deltoid L / R		Other:
Date of Dose #1	Date of Dose #2	
CLINIC DATE/LOCATION:		
EUA Provided Y / N	Initials & Date Entered into CPS/HF	

PACIENTE (persona que recibira la vacuna)

Apellido:	Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Domicilio, Ciudad, Codigo Postal:	Femenino ____ Masculino ____ Edad ____	Must be 18 for Moderna Must be 16 for Pfizer
Cell Telefono:	Correo Electronico (Email):	Must be 18 for Johnson&Johnson
Raza: ____ Indigena de las Americas o Nativa de Alaska ____ Asiatica ____ India Asiatica ____ Negra o Afroamericaca ____ China ____ Blanca ____ Otro Raza ____ Nativo de Hawaii o Otro de las Islas del Pacifico ____ Desconocido ETNIA: ____ Hispano, Latino ____ No Hispano, Latino ____ Desconocido, No Se		

Padre/Madre/Guardian Legal (necesario si el paciente tiene MENOR de 18 anos)

Nombre:	Firma:	Telefono:
----------------	---------------	------------------

Cuestionario para Detectar Contraindicaciones a la Vacuna contra el COVID-19

La persona que recibira la vacuna contra el COVID-19 hoy, necesita leer y responder a todas las preguntas y firmar este consentimiento para ser elegible para recibir la inyeccion. Dependiendo de las respuestas, usted y/o su hijo/a recibira la vacuna contra el COVID-19 hecha por Pfizer o Moderna o Johnson & Johnson o se le haran preguntas adicionales. Por favor, lea el formulario de autorizaci3n de uso de emergencia (EUA) que le proporcionamos por correo electr3nico. Ambas vacunas requieren 2 dosis y usted tendra que regresar en 21 dias para la vacuna Pfizer o 28 dias para la vacuna Moderna.

1. ¿Se sientes enfermo/a hoy?	____ Si ____ No
2. ¿Ha recibido una dosis de la vacuna contra el COVID-19?	____ Si ____ No
Si respondio SI, ¿cual vacuna fue?	☐ Pfizer ☐ Moderna ☐ Johnson & Johnson ☐ Otro Producto
3. ¿Ha tenido alguna vez una reaccion alergica grave (ej. Anafilaxia) en general, a alguna vacuna o a otro medicamento inyectable?	____ Si ____ No
4. ¿Ha recibido una terapia pasiva con anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero convaleciente) como tratamiento para COVID-19?	____ Si ____ No
5. ¿Ha recibido alguna otra vacuna en los ultimos 14 dias?	____ Si ____ No
6. ¿Ha tenido una prueba positiva de COVID-19 o su doctor le dijo que usted tuvo COVID-19?	____ Si ____ No
7. ¿Tiene el sistema inmunologico debil a causa de algo como una infeccion de VIH o cancer o toma medicamentos o terapia que suprimen el sistema inmunologico?	____ Si ____ No
8. ¿Tiene una enfermedad hemorragica o esta tomando un anticoagulante?	____ Si ____ No
9. ¿Esta embarazada o lactando?	____ Si ____ No

Autorizacion para Vacunas Esta autorizacion debe ser firmada el dia de la administracion de la vacuna por el paciente o madre/padre/guardian legal.

Reconocimiento: Yo he recibido una copia y he leído la "Autorización para Uso de Emergencia" (EUA). Yo entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y pido que me pongan la vacuna o se la pongan a la persona por quien yo estoy autorizando esta petici3n. También entiendo que mi informaci3n sobre esta vacuna sera incluida en el Registro Electrónico de Vacunas llamado RIDE/ Healthy Futures izatri3n Registry. Yo adjudico a la Secci3n de Prevenci3n de Enfermedades Contagiosas de la Agencia de los Servicios de Salud de cualquier demanda relacionada directa o indirectamente a la administraci3n de la vacuna que estoy recibiendo yo o mi hijo/a y ademas reconozco y declare a HR Support y HAS/PA inocente de todo este tip de demandas.

Yo, a traves de mi firma abajo, certifico que la informaci3n mencionada arriba es verdadera y correcta segun mi entendimiento.

Firma del Paciente, Padre/Madre, Guardian Legal: _____ **Fecha:** _____

Proveedor de seguros: _____

Seguro/Número de grupo: _____

Insurance/ID Card Image

ID Numero: _____

Doy fe de que no tengo Seguro medico (inicial) _____

For Administrative Use Only Sólo para uso administrativo

PFIZER	MODERNA	JOHNSON&JOHNSON
Vaccinator name (print)		
Vaccine Administration Site (specific site)		
Deltoid L / R		Other:
Date of Dose #1	Date of Dose #2	
CLINIC DATE/LOCATION:		
EUA Provided Y / N	Initials & Date Entered into CPS/HF	