

**COVID-19 Vaccine Encounter / Formulario de Vacunación de COVID-19**  
**Patient Information (Información del Paciente) PLEASE PRINT / (USE LETRA DE MOLDE PORFAVOR)**

**Last Name (Apellidos):** \_\_\_\_\_ **First Name (Primer Nombre):** \_\_\_\_\_ **MI (Inicial del Segundo Nombre):** \_\_\_\_\_

**Sex**  Male (Masculino)  Female (Femenino) **DOB (Fecha de Nacimiento):** \_\_\_\_\_ **Current Age (Edad):** \_\_\_\_\_  
mes día año

**Address (Dirección):** \_\_\_\_\_  
City (Ciudad) State (Estado) Zip (Código postal)

**Phone (Teléfono):** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Is this a cell number that can receive text messages?** (¿Este celular le permite recibir textos?)  Yes (Sí)  No (No)

**Race (Raza):**  Asian [Asiática]  Black [Negra]  Native American [Indígena americano]  
 Pacific Islander [Islas del Pacifico]  White [Blanca]  Other [Otra]: \_\_\_\_\_

**Ethnicity (Etnia):** Are you Hispanic? (¿Es usted hispano?)  Yes (Sí)  No (No) **Language / (Lengua Materna):** \_\_\_\_\_

**Email Address (Correo electrónico):** \_\_\_\_\_

The following questions will help determine if there is any reason you should not receive a COVID immunization injection. <i>If a question is not clear, please ask a healthcare provider to explain.</i>		
	Yes	No
1. Has the person to be vaccinated ever received a COVID-19 vaccine? Date: _____ Manufacturer: _____		
2. Does the person to be vaccinated have an allergy to a component of the vaccine?		
3. Has the person to be vaccinated ever had a severe (anaphylaxis) reaction to an injectable or intravenous medication or vaccine? ... [Defer to Medical Consult]		
4. Has the person to be vaccinated ever had a severe (anaphylaxis) reaction due to any cause? ... [observe for 30 minutes]		
5. Is the person to be vaccinated sick today, including symptomatic or asymptomatic infection with COVID-19?		
6. Has the person to be vaccinated received any vaccine in the past 14 days?		
7. Has the person to be vaccinated received passive antibody therapy for COVID-19 in the past 90 days?		
8. <b>Is the person to be vaccinated 12-17 years old?</b>		
9. Is the person to be vaccinated pregnant or breastfeeding?		

Las siguientes preguntas ayudarán a determinar si hay alguna razón por la cual no debería recibir la vacuna COVID. <i>Si alguna pregunta no está clara, pídale a un proveedor de salud que le explique.</i>		
	Sí	No
1. ¿Ya ha recibido la vacuna contra COVID-19? Fecha: _____ Fabricante: _____		
2. ¿Es usted alérgico(a) a algún componente de la vacuna?		
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción grave (anafilaxia) a un medicamento o vacuna inyectable o intravenosa?... <b>(Remitir a consulta médica)</b>		
4. ¿Ha tenido alguna vez una reacción grave (anafilaxia) por alguna causa? ... <b>(Mantener en observación por 30 minutos)</b>		
5. ¿Está usted enfermo(a) hoy, incluyendo una infección sintomática o asintomática por COVID-19?		
6. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días?		
7. ¿Ha recibido terapia pasiva de anticuerpos para COVID-19 en los últimos 90 días?		
8. <b>¿Tiene usted entre 12 y 17 años?</b>		
9. ¿Está embarazada o amamantando?		

**Please continue on reverse side of this form.**  
**Continúe al reverso de esta página.**



## COVID-19 Vaccine Encounter / Formulario de Vacunación de COVID-19

**Request for Administration of COVID-19 Vaccine for the above-named recipient:** I acknowledge that I have received the Vaccine Information Statement or Emergency Use Authorization Information Sheet. I have had an opportunity to ask questions regarding the vaccine and understand the risks and benefits. I am aware that, to provide protection against the virus that causes COVID-19, two doses of this same vaccine may be required. I acknowledge that I may receive a reminder for a second dose by text (if cell phone number provided, standard messaging rates may apply), phone call, or mail.

I hereby release the Hamilton County Health Department, their affiliates, employees, directors, and officers from any and all liability arising from any accident, act of omission or commission, which arises during vaccination.

**Solicitud de administración de la vacuna COVID-19 para el destinatario mencionado anteriormente:** Reconozco que he recibido la Declaración de información de la vacuna o la Explicación de la Autorización de uso de emergencia. Tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre la vacuna y comprender los riesgos y beneficios. Soy consciente de que para brindar protección contra el virus que causa COVID-19, es posible que se requieran dos dosis de esta misma vacuna. Reconozco que puedo recibir un recordatorio para una segunda dosis por mensaje de texto (si se proporciona el número de teléfono celular, se pueden aplicar tarifas de mensajería estándar), llamada telefónica o correo.

Por la presente libero al Departamento de Salud del Condado de Hamilton, sus afiliados, empleados, directores y funcionarios de toda responsabilidad que surja de cualquier accidente, acto de omisión o comisión que se presente durante la vacunación.

**PATIENT/PARENT OR GUARDIAN/POWER OF ATTORNEY SIGNATURE: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_**  
**FIRMA DEL PACIENTE/PADRE O TUTOR / APODERADO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_**

**DO YOU CONSENT TO RECEIVING TEXT/EMAIL MESSAGES FROM THE HEALTH DEPARTMENT REGARDING YOUR SECOND DOSE OF VACCINE?  Y  N**

**¿ACEPTA RECIBIR MENSAJES DE TEXTO / CORREO ELECTRÓNICO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD CON RESPECTO A SU SEGUNDA DOSIS?  SI  NO**

***This consent is valid for 12 months from date signed.***

***Este consentimiento es válido por 12 meses a partir de la fecha en que se firmó.***

<b>AREA FOR OFFICIAL USE ONLY</b>				
<b>EXCLUSIVO PARA USO OFICIAL</b>				
Nursing Immunization <b>[INJECTION]</b> Documentation				
<b>Patient's Name:</b> _____		<b>DOB:</b> _____		
<b>Injection:</b>	<input type="checkbox"/> 1 <sup>st</sup> Dose	<input type="checkbox"/> 2 <sup>nd</sup> Dose		
<b>Manufacturer:</b>	<input type="checkbox"/> Pfizer	<input type="checkbox"/> Moderna	<input type="checkbox"/> Janssen	<input type="checkbox"/> Other: _____
<b>Dose:</b>	0.3mL	0.5mL	<b>Route:</b> IM	
<b>Site Administered:</b>	<input type="checkbox"/> Right Deltoid	<input type="checkbox"/> Left Deltoid	<input type="checkbox"/> [Other]	
<b>Lot No:</b> _____	<b>Expiration Date:</b> /    /	<b>EUA:</b> Pfizer      05/10/2021 Moderna      03/26/2021 Janssen      04/23/2021		
<b>Date Given:</b> /    /	<b>Provider number:</b> _____	<b>Signature:</b> _____		
<i>Signature indicates immunization given according to PHN Protocol</i>				
<input type="checkbox"/> Vaccine NOT given secondary to contraindication:				