



STAFF USE ONLY	
Weight under 66 Lbs	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Patient Name:	_____
DOB: _____ / _____ / _____	Age (today): _____
MRN:	_____

\_\_\_\_\_ will receive the  **J&J**  **Moderna**  **Pfizer** COVID-19 vaccine today.  
Print Patient Name

This is my  **1st dose**  **2nd dose**  **3rd dose**  **4th dose**  **Booster**

**Have you/the patient received a COVID vaccine prior to today?**  **Yes**  **No**

**If yes, which vaccine?**  J&J  Moderna  Pfizer **Date of last dose** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Demographic Information**

**Preferred language:**  English  Spanish  Other \_\_\_\_\_

**Are you homeless?**  Yes  No **Are you a Farm Worker?**  Yes  No

**Ethnicity:**  Hispanic or Latino  Not Hispanic or Latino

**Race:**  American Indian/Alaska Native  Asian  Black/African American  
 Caucasian  Native Hawaiian  Pacific Islander  
 More than one race  Other  Refuse

**Acknowledge Prior to COVID-19 Vaccination**

1. Have you had an immediate or severe allergic reaction of any severity to a previous dose of an mRNA COVID-19 vaccine or any of its components (including polyethylene glycol [PEG])?
2. Do you have a history of severe allergic reaction (such as anaphylaxis or requiring epinephrine injection or hospitalization) to a vaccine, vaccine component, or injectable medication?
3. Have you had history of myocarditis or pericarditis after a dose of an mRNA or subsequent dose of any COVID-19 vaccine?

**No, to all of the above**

**Yes, to one or more of the above.**

**Attestation:** I have been provided the COVID-19 Vaccine Patient Fact Sheet and offered counsel on each of the above topics. \_\_\_\_\_  
Patient/Guardian Initial

**Consent for COVID-19 Vaccination:**

I was given the Patient Fact Sheet(s) for the immunizations listed above. I have read the Patient Fact Sheet(s) or had them explained them to me. I have had the chance to ask questions and I am satisfied with the answers to my questions. I understand the benefits and risks of the vaccines that I will receive today. I understand the vaccines listed may be given singly, in combinations, and/or multiple doses. I give consent that the immunization(s) listed above be administered for all doses.

Signature: \_\_\_\_\_ Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_



Neighborhood Outreach Access to Health

### EL PERSONAL SÓLO USA

Weight under 66 Lbs  Yes  No

Patient Name: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Age (today): \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ recibirá la  J&J  Moderna  Pfizer vacuna covid hoy.

Paciente (nombre de impresión)

Esta es mi  Primera dosis  Segunda dosis  Tercera dosis  Cuarta dosis  Refuerzo de la Vacuna

¿Ha recibido alguna vacuna contra el COVID antes de hoy?  Sí  No

Si su respuesta es "Sí", ¿qué vacuna recibió?  J&J  Moderna  Pfizer Fecha de la última dosis \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Información Demográfica

Idioma que prefiere:  Inglés  Español  Otra \_\_\_\_\_

¿Se encuentra sin lugar donde vivir?  Sí  No

¿Es trabajador agrícola?  Sí  No

Etnicidad:  Hispano  No hispano

Raza:  Indio Americano  Asiático  Negro/afroamericano

Caucásico  Nativo hawaiano  Islas del Pacífico

Más de una raza  Otra  No deseo identificarla

### Verificación antes de recibir la vacuna contra el COVID-19

1. ¿Tuvo alguna reacción alérgica inmediata o severa de cualquier nivel de gravedad a una dosis previa de la vacuna de ARNm contra el COVID-19 o a cualquiera de sus componentes (incluyendo el polietilenglicol [PEG])?
2. ¿Tiene antecedentes de alguna reacción alérgica severa (tal como anafilaxis, o ha requerido una inyección de epinefrina u hospitalización) debido a alguna vacuna, componente de vacuna o medicamento inyectable?
3. ¿Ha tenido antecedentes de miocarditis o pericarditis después de una dosis de un ARNm o una dosis posterior de cualquier vacuna contra el COVID-19?

No, a todas las preguntas anteriores.

Sí, a una o más de las preguntas anteriores.

### Declaración:

Se me ha proporcionado la hoja informativa para el paciente sobre la vacuna contra el COVID-19 y ofrecido consejo sobre cada uno de los temas anteriores. \_\_\_\_\_

Iniciales del paciente/guardián

### Consentimiento para recibir la vacuna contra el COVID-19:

Se me entregaron las hojas informativas para el paciente sobre las vacunas mencionadas anteriormente, las cuales he leído o se me han explicado. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estoy satisfecho con las respuestas a mis preguntas. Entiendo los beneficios y riesgos de las vacunas que recibiré hoy. Entiendo que las vacunas enumeradas pueden administrarse por separado, en combinación y/o en dosis múltiples. Doy mi consentimiento para que se administren todas las dosis de la(s) vacuna(s) enumerada(s) anteriormente.

Firma: \_\_\_\_\_ Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_