



STAFF USE ONLY	
Weight under 66 Lbs <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Temperature: _____	Vaccine Administered: <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Pfizer
Patient Name: _____	Dose: <input type="checkbox"/> Primary <input type="checkbox"/> Booster
DOB: ____ / ____ / ____ Age (today): _____	Date of last dose: ____ / ____ / ____
MRN: _____	

_____ will receive the COVID-19 vaccine today.
Print Patient Name

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

If yes, which vaccine? J&J Moderna Pfizer

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: _____

Date: ____ / ____ / ____



Neighborhood Outreach Access to Health

EL PERSONAL SÓLO USA

Weight under 66 Lbs Yes No Temperature: _____

Patient Name: _____

DOB: ____ / ____ / ____ Age (today): _____

MRN: _____

Vaccine Administered: Moderna Pfizer

Dose: Primary Booster

Date of last dose: ____ / ____ / ____

_____ recibirá la vacuna covid hoy.
Paciente (nombre de impresión)

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

Si su respuesta es "Sí", ¿qué vacuna recibió? J&J Moderna Pfizer

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 Pacifico

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: _____

Fecha: ____ / ____ / ____