

## COVID-19 Vaccine Acknowledgement and Consent Form

LAST NAME	FIRST NAME	MI	<input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE	AGE	DATE OF BIRTH			
STREET ADDRESS		CITY	STATE	ZIP CODE	PHONE #			
RACE (Please select all that apply): <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Pacific Islander			ETHNICITY: <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Non-Hispanic or Latino					
					Yes	No	Don't Know	
1. Are you currently feeling sick or have you had a fever in the last 3 days?								
2. Do you have COVID-19 infection now or are you in a 14-day quarantine period for exposure?								
3. Have you received a vaccination in the past 14 days?								
4. Have you had an allergic reaction to a previous dose of COVID-19 Vaccine or any of its components, including PEG (polyethylene glycol) or polysorbate?								
5. Have you ever had a severe allergic reaction (e.g., anaphylaxis) for which you went to the hospital or were treated with epinephrine or an EpiPen?								
▶ Was the severe allergic reaction after receiving a vaccine or injectable medication?								
6. Have you received passive antibody therapy as treatment for COVID-19 in the last 90 days?								
7. Do you have a bleeding disorder or are you taking a blood thinner?								
8. Do you have a weakened immune system from HIV, cancer or immunosuppressive therapies?								
9. <b>For Females-</b> Are you pregnant or breastfeeding?								
10. Have you ever received a dose of COVID-19 vaccine before?								
If Yes, which vaccine product? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Other _____								

I understand that the COVID-19 vaccine I will receive today requires two (2) doses from the same manufacturer to be fully effective. I understand I must return within the prescribed number of days (17-21 days for Pfizer and 24-28 days for Moderna) after the first dose to receive a second dose of the vaccine. If more than the prescribed number of days have elapsed since the first dose, the second dose should be given at the earliest opportunity.

I consent to administration of the COVID-19 vaccination and acknowledge and agree with the following statements:

- I have received the Emergency Use Authorization (EUA) "Fact Sheet" for Recipients and Caregivers for the COVID-19 Vaccine type that I received. I have read the Fact Sheet or had it read to me.
- The U.S. Food and Drug Administration (FDA) has authorized emergency use of the COVID-19 vaccines, which are not FDA-approved vaccines. At this time, there is no FDA approved vaccine to prevent COVID-19.
- I understand the known and potential risks and benefits to the COVID-19 vaccine and the extent to which such risks and benefits are unknown.
- I acknowledge that I have the option to refuse vaccination and have been informed of any available alternatives to the COVID-19 vaccine and the risks and benefits of available alternatives.
- **Recipients who are Pregnant or Breastfeeding:** Pregnant and breastfeeding persons were not included in the clinical trials for the COVID-19 vaccines. I have discussed the potential risks of COVID-19 infection versus the risk of vaccination with my healthcare provider and have made the informed decision to receive the COVID-19 vaccine.
- I understand that it is recommended that I remain at the vaccination clinic for fifteen (15) minutes following administration of the vaccine for observation (the "Monitoring Period") to ensure I do not experience an adverse reaction. Recipients that have a history of anaphylaxis should be monitored for thirty (30) minutes post vaccination.
- I have had the opportunity to ask questions which have been answered to my satisfaction.

**If you experience an adverse reaction to the COVID-19 vaccine, please contact your primary care provider or present to the nearest emergency department. If you are experiencing a medical emergency, call 911.**

PLEASE PRINT NAME of signature below

SIGNATURE OF PATIENT		RELATIONSHIP TO CLIENT		TODAY'S DATE	
COVID-19 Vaccine Manufacturer	Lot Number	Expiration Date	Dose Number	Route	Injection Site
			1 2	IM	
Signature of Administrator			Date	Monitoring Period 15 30 min Completed /Declined	



## COVID-19 Vaccine Acknowledgement and Consent Form

<b>APELLIDO</b>	<b>NOMBRE</b>	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	<b>EDAD</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>
<b>DIRECCIÓN</b>	<b>CIUDAD</b>	<b>ESTADO</b>	<b>CODIGO POSTAL</b>	<b>PHONE #</b>
<b>RAZA (Por Favor seleccione todas las respuestas validas)</b> <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño Pacifico <input type="checkbox"/> Caucásico			<b>ETHNICITY:</b> <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Non-Hispanic or Latino	
				Si No No Se
1. ¿Está enfermo hoy o ha tenido un fiebre en las ultima 3 días?				
2. ¿Tiene actualmente una infección por COVID-19 o se encuentra en un periodo de cuarentena de 14 días para la exposición?				
3. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días?				
4. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a una dosis anterior de la vacuna COVID-19 o cualquiera de sus componentes, incluido el PEG (polietilenglicol) o el polisorbato?				
5. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave (anafilaxia) a algo por lo que fue al hospital o fue tratado con epinefrina o un Epi-Pen?				
▶ ¿Fue la reacción alérgica grave después de recibir otra vacuna o medicamento inyectable?				
6. ¿Ha recibido tratamiento para COVID 19 con anticuerpos en los últimos 90 días?				
7. ¿Tiene una enfermedad hemorrágica o toma medicamentos anticoagulantes?				
8. ¿Tiene un sistema inmunológico debilitado por el VIH, el cáncer o las terapias inmunosupresoras?				
9. Para mujeres: ¿está embarazada o amamantando?				
10. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna COVID-19?				
En caso afirmativo, ¿qué tipo de vacuna? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Other				

Entiendo que la vacuna COVID-19 que recibiré hoy requiere 2 dosis del mismo fabricante para ser completamente efectiva. Entiendo que debo regresar dentro del número de días prescrito (17-21 días para Pfizer y 24-28 días para Moderna) después de la primera dosis para recibir una segunda dosis de la vacuna. Si han transcurrido más días de los prescritos desde la primera dosis, la segunda dosis debe administrarse lo antes posible.

Doy mi consentimiento para la administración de la vacuna COVID-19 y reconozco y estoy de acuerdo con las siguientes declaraciones:

- He recibido la hoja de datos de la Autorización de Uso de Emergencia (EUA) para destinatarios y cuidadores del tipo de vacuna COVID-19 que recibí (la "Hoja de Datos"). He leído la Hoja de Datos o me la han leído.
  - La Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) ha autorizado el uso de emergencia de las vacunas COVID-19, que no son vacunas aprobadas por la FDA. En este momento, no existe una vacuna aprobada por la FDA para prevenir COVID-19.
  - Entiendo los riesgos y beneficios conocidos y potenciales de la vacuna COVID-19 y hasta qué punto se desconocen dichos riesgos y beneficios.
  - Reconozco que tengo la opción de rechazar la vacunación y se me ha informado de las alternativas disponibles a las vacunas COVID-19 y los riesgos y beneficios de las alternativas disponibles.
  - Receptoras que están embarazadas o en período de lactancia: las personas embarazadas y en período de lactancia no se incluyeron en los ensayos clínicos de las vacunas COVID-19. He analizado los riesgos potenciales de la infección por COVID-19 frente al riesgo de la vacunación con mi proveedor de atención médica y he tomado la decisión informada de recibir la vacuna COVID-19.
  - Entiendo que se recomienda que permanezca en la clínica de vacunación durante 15 minutos después de la administración de la vacuna para observación (el período de seguimiento) para asegurarme de que no experimente una reacción adversa. Los receptores que tienen antecedentes de anafilaxia deben ser controlados durante 30 minutos después de la vacunación.
  - He tenido la oportunidad de hacer preguntas que han sido respondidas satisfactoriamente.
- Si experimenta una reacción adversa a la vacuna COVID-19, comuníquese con su proveedor de atención primaria o preséntese en el departamento de emergencias más cercano. Si tiene una emergencia médica, llame al 911.

POR FAVOR escriba su nombre con letra de molde

<b>FIRMA DE PACIENTE</b>	<b>RELACIÓN A PACIENTE</b>	<b>FECHA DE HOY</b>
--------------------------	----------------------------	---------------------

**PARA USO DE CLINICA SOLAMENTE**

<b>COVID-19 Vaccine Manufacturer</b>	<b>Lot Number</b>	<b>Expiration Date</b>	<b>Dose #</b>	<b>Route</b>	<b>Injection Site</b>
			1 2	IM	
<b>Signature of Administrator</b>			<b>Date</b>	<b>Monitoring Period</b> 15 30 min Completed /Declined	