



Patient Information

COVID-19 Vaccine Registration Form

Last Name (Print)		First Name		M.I.	Date of Birth	Age
Address			City	State	Zip Code	
Phone Number		Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Mother's First Name	Mother's Maiden Name		
Race <input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black or African-American <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Other					Ethnicity <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino	

Pre-Screening Questionnaire

<input type="checkbox"/> 5 to 11 years old <input type="checkbox"/> 12 to 17 years old	<input type="checkbox"/> 18 and older – live in long term care setting	<input type="checkbox"/> 18 and older - work or live in high-risk settings	<input type="checkbox"/> 65 years old and older
<input type="checkbox"/> I have one or more of the following chronic health conditions (Check all that apply) <input type="checkbox"/> Heart Disease <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Stroke <input type="checkbox"/> Kidney Disease <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Pregnancy <input type="checkbox"/> Down Syndrome <input type="checkbox"/> Neurological Disorder <input type="checkbox"/> Cystic Fibrosis <input type="checkbox"/> Smoker <input type="checkbox"/> Diabetes Type 1 <input type="checkbox"/> Diabetes Type 2 <input type="checkbox"/> Cerebrovascular Disease <input type="checkbox"/> Obesity <input type="checkbox"/> Lung Disease <input type="checkbox"/> Other (Specify) _____ <input type="checkbox"/> None of the above			
Do you have any of the following immunocompromised conditions? (Check all that apply) <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Leukemia <input type="checkbox"/> Lymphoma <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Transplant <input type="checkbox"/> Blood Disorder <input type="checkbox"/> Liver Disease <input type="checkbox"/> Sickle Cell Disease <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Other (Specify) _____ <input type="checkbox"/> None of the above			
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Have you experienced any of the following symptoms in the last 48 hours: fever, cough, shortness of breath, fatigue, muscle aches, new loss of taste and smell, sore throat, congestion, runny nose, nausea or vomiting, diarrhea?		
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Within the last 14 days, have you been in close physical contact (6 feet or less for 15 minutes) with someone known to have COVID-19?		
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Are you currently waiting on results for a COVID-19 test?		
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Have you had COVID-19? If so, when? Date _____ If yes, when was isolation discontinued? Date _____		
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Did you receive antibodies or convalescent plasma? Date _____		
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Do you have any history of severe allergies to medication, vaccines, and/or food?		
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Are you pregnant or lactating?		
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Any Reactions to a previous dose of COVID-19 vaccine? Describe reaction.		



Formulario de registro de la vacuna COVID-19

Información del paciente

Apellido (Con letra de molde)		Nombre		M.I.	Fecha de nacimiento	Edad
Dirección			Ciudad		Estado	Código Postal
Número de teléfono		Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nombre de la madre		Apellido de soltera de la madre	
Grupo racial <input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro					Grupo étnico <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	

Cuestionario de Preselección

<input type="checkbox"/> 5 a 11 años <input type="checkbox"/> 12 a 17 años	<input type="checkbox"/> 18 años o más – vivo en un entorno de atención a largo plazo	<input type="checkbox"/> 18 años o más – trabajo o vivo en un entorno de alto riesgo	<input type="checkbox"/> 65 años o más																				
<input type="checkbox"/> Tengo una o más de las siguientes condiciones crónicas (Marque todo lo que corresponda) <table border="0" style="width:100%"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas</td> <td><input type="checkbox"/> Asma</td> <td><input type="checkbox"/> Infarto</td> <td><input type="checkbox"/> Enfermedad renal</td> <td><input type="checkbox"/> Hipertensión</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar</td> <td><input type="checkbox"/> Síndrome de Down</td> <td><input type="checkbox"/> Embarazo</td> <td><input type="checkbox"/> Fibrosis Quística</td> <td><input type="checkbox"/> Fuma</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 1 o 2</td> <td><input type="checkbox"/> Enfermedad Cerebrovascular</td> <td><input type="checkbox"/> Enfermedad Neurológica</td> <td><input type="checkbox"/> Obesidad</td> <td><input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td><input type="checkbox"/> Nada de lo anterior</td> <td></td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Infarto	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Síndrome de Down	<input type="checkbox"/> Embarazo	<input type="checkbox"/> Fibrosis Quística	<input type="checkbox"/> Fuma	<input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 1 o 2	<input type="checkbox"/> Enfermedad Cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Enfermedad Neurológica	<input type="checkbox"/> Obesidad	<input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____				<input type="checkbox"/> Nada de lo anterior	
<input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Infarto	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Hipertensión																			
<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Síndrome de Down	<input type="checkbox"/> Embarazo	<input type="checkbox"/> Fibrosis Quística	<input type="checkbox"/> Fuma																			
<input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 1 o 2	<input type="checkbox"/> Enfermedad Cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Enfermedad Neurológica	<input type="checkbox"/> Obesidad	<input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____																			
			<input type="checkbox"/> Nada de lo anterior																				
<input type="checkbox"/> ¿Tiene alguna de las siguientes condiciones? (Marque todo lo que corresponda) <table border="0" style="width:100%"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cáncer</td> <td><input type="checkbox"/> Leucemia</td> <td><input type="checkbox"/> Linfoma</td> <td><input type="checkbox"/> HIV/SIDA</td> <td><input type="checkbox"/> Trasplante</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enfermedades de la sangre</td> <td><input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado</td> <td><input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica</td> <td><input type="checkbox"/> Anemia</td> <td><input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td><input type="checkbox"/> Nada de lo anterior</td> <td></td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Leucemia	<input type="checkbox"/> Linfoma	<input type="checkbox"/> HIV/SIDA	<input type="checkbox"/> Trasplante	<input type="checkbox"/> Enfermedades de la sangre	<input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____				<input type="checkbox"/> Nada de lo anterior						
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Leucemia	<input type="checkbox"/> Linfoma	<input type="checkbox"/> HIV/SIDA	<input type="checkbox"/> Trasplante																			
<input type="checkbox"/> Enfermedades de la sangre	<input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____																			
			<input type="checkbox"/> Nada de lo anterior																				
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿Ha experimentado alguno de los siguientes síntomas en las últimas 48 horas: fiebre, tos, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares y nueva pérdida del gusto u olfato, dolor de garganta, congestión, secreción nasal, náuseas o vómitos y/o diarrea?																					
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto físico cercano (6 pies o menos durante 15 minutos) con alguien que se sabe que tiene COVID-19?																					
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿Está esperando los resultados de una prueba de COVID-19?																					
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿Ha tenido COVID-19? Si es así, ¿cuándo? Fecha _____ Si contestó que sí, ¿cuándo terminó el aislamiento? Fecha _____																					
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿Recibió anticuerpos o plasma de convalecencia? Fecha _____																					
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿Tiene antecedentes de alergias graves a medicamentos, vacunas y alimentos?																					
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿Está embarazada o en período de lactancia?																					
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿Alguna reacción grave a una dosis anterior?																					



1st Dose 2nd Dose Additional Dose Booster

Check the vaccine you consent to receive: **COVID-19 Vaccine** **Moderna** **Pfizer** **Janssen**

Please read the following statements carefully:

- I am freely and voluntarily consenting to receiving the vaccine indicated above; I have received the appropriate vaccine fact sheet; I have received a copy of my immunization provider's Notice of Privacy Practices.
- I understand the known and potential risks and benefits of receiving the vaccine listed above, to the extent to which such benefits and risks are unknown.
- I understand I have the option to refuse vaccine and have been informed of any available alternatives to the vaccine listed above, and the risks and benefits of available alternatives.
- I answered the pre-screening questionnaire truthfully and to the best of my knowledge, and that I may potentially be refused the vaccine based on the answers provided.
- I understand that the U.S. Food and Drug Administration (FDA) has approved or authorized the emergency use of the vaccine indicated above.
- I acknowledge and understand it is recommended that I remain at the clinic for fifteen (15) minutes following administration of the vaccine for observation (the "Monitoring Period") to ensure I do not experience an adverse reaction and to treat adverse reactions that may occur; I understand recipients that have a history of anaphylaxis should be monitored for thirty (30) minutes post vaccine; If I choose to leave the observation area before the Monitoring Period expires, I do so at my own risk.
- **Recipients who are Pregnant or Breastfeeding:** 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 have had the opportunity to ask questions which have been answered to my satisfaction.
- I am an adult who can legally consent for the person named below to get the vaccine.
- Check to receive mobile text notifications for future doses.

By signing below, I consent to the administration of the vaccine listed above and acknowledge and agree with the ALL statements above.

Patient's Name _____ Patient's Signature _____ Date _____

Person Authorized to Consent (if not patient) _____ Relationship _____

Signature _____

For Administrative Use Only	Manufacturer	Expiration Date	Title of Vaccine Administrator	Date Administered ____/____ 2021
	Lot #	Injection Site Route: IM Right Arm Left Arm	Signature of Vaccine Administrator	



1^a Dosis 2^{da} Dosis Dosis Adicional Dosis de Refuerzo

Marque la vacuna que dará su consentimiento para recibir: **COVID-19 Vaccine**

Moderna Pfizer Janssen

Lea atentamente las siguientes declaraciones:

- Reconozco que doy mi consentimiento libre y voluntario para recibir la vacuna mencionada anteriormente; he leído la hoja de información de la vacuna indicada; he recibido de mi proveedor de inmunización una copia del aviso sobre derechos de la vida privada, Ley de Responsabilidad y Transfribilidad de Seguros Medicos (HIPAA).
- Reconozco los riesgos y beneficios conocidos y potenciales de recibir la vacuna indicada, en la medida en que se desconocen dichos beneficios y riesgos.
- Entiendo que tengo la opción de rechazar la vacuna y se me ha informado de cualquier alternativa disponible a la vacuna mencionada anteriormente, y los riesgos y beneficios de las alternativas disponibles.
- Reconozco que he respondido el cuestionario de preselección con sinceridad y entendimiento, y que es posible que me rechacen la vacuna debido a las respuestas proporcionadas.
- Entiendo que la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) ha autorizado el uso de emergencia o aprobado el uso de la vacuna(s) mencionada anteriormente.
- Reconozco y entiendo que se recomienda que permanezca en la clínica de vacunación durante quince (15) minutos después de la administración de la vacuna para observación (el "Período de seguimiento") para asegurarse de que no experimente una reacción adversa y para tratar las reacciones adversas que puedan sobrevenir; Entiendo que las personas que tienen antecedentes de anafilaxia deben ser monitoreados durante treinta (30) minutos después de la vacuna; si decido abandonar el área de observación antes de que expire el Período de Monitoreo, lo hago bajo mi propio riesgo.
- **Personas embarazadas o en período de lactancia:** He discutido los riesgos 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.
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas que han sido respondidas satisfactoriamente.
- Soy un adulto que puede dar mi consentimiento legal para que la persona nombrada a continuación reciba la vacuna.
- Marque aquí para recibir notificaciones de texto móviles para futuras dosis.

Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para la administración de la vacuna mencionada anteriormente y reconozco y estoy de acuerdo con TODAS las declaraciones anteriores.

Nombre del Paciente _____ Firma _____ Fecha _____

Persona Autorizada para dar el Consentimiento _____ Relacion _____

Firma _____

For Administrative Use Only	Manufacturer	Expiration Date	Title of Vaccine Administrator	Date Administered ____/____ 2021
	Lot #	Injection Site Route: IM Right Arm Left Arm	Signature of Vaccine Administrator	