



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)			
<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"/> Nada de lo anterior <input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____
<input type="checkbox"/> ¿Tiene alguna de las siguientes condiciones? (Marque todo lo que corresponda)			
<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"/> Nada de lo anterior <input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____
<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?	



Texas Immunization Registry (ImmTrac2) Disaster Information Retention Consent Form



A parent, legal guardian or managing conservator must sign this form if the client is younger than 18 years of age.

First Name, Middle Name, Last Name, Date of Birth, Gender, Telephone, Email address

Address, Apartment #/Building #

City, State, Zip Code, County

Mother's First Name, Mother's Maiden Name

Race (select all that apply), Ethnicity (select only one)

The Texas Immunization Registry (ImmTrac2) has been designated as the disaster-related reporting and tracking system for immunizations, antivirals, and other medications administered to individuals in preparation for, or in response to, a disaster or public health emergency.

Consent for Retention of Disaster-Related Information and Release of Information to Authorized Entities
I understand that, by granting the consent below, I am authorizing retention of my (or my child's) disaster-related information by DSHS beyond the five (5) year retention period.

State law permits the inclusion of immunization records for First Responders and their immediate family members in the Texas Immunization Registry. A "First Responder" is defined as a public safety employee or volunteer whose duties include responding rapidly to an emergency.

Please mark the appropriate box to indicate whether you are a First Responder or an Immediate Family Member.

By my signature below, I GRANT consent to retain my disaster-related information (or my child's information, if younger than age 18) in the Texas Immunization Registry beyond the 5 year retention period.

Client (or parent, legal guardian, or managing conservator:) Printed Name, Signature, Date

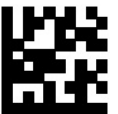
Privacy Notification: With few exceptions, you have the right to request and be informed about information that the State of Texas collects about you. You are entitled to receive and review the information upon request.

Provider Statement: PROVIDERS REGISTERED WITH the Texas Immunization Registry: Please enter client information in the Texas Immunization Registry and affirm that consent has been granted. DO NOT fax to the Texas Immunization Registry. Retain this form in your client's record.

Contact Information: Questions? Tel: (800) 348-9158 • Fax: (512) 776-7790 • www.ImmTrac.com Texas Department of State Health Services • Immunizations • Texas Immunization Registry – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347



Registro de Inmunización de Texas (ImmTrac 2)
Consentimiento para la retención de información relacionada con un desastre



(Llene a mano claramente)

*Si el cliente es menor de 18 años, uno de los padres, el tutor legal o el titular de la custodia debe firmar este formulario.

Primer nombre, Segundo nombre, Apellido, Fecha de nacimiento, Sexo, Teléfono, Correo electrónico

Dirección del cliente, Núm. de apartamento o edificio, Ciudad, Estado, Código postal, Condado

Nombre de la madre, Apellido de soltera

Raza (seleccione todos los que correspondan): Indio americano, Asiático, Negro, Blanco, Otro. Grupo étnico (seleccione solo una): Hispánico, No hispano, Se negó a contestar.

El Registro de Inmunización de Texas (ImmTrac2) ha sido designado como el sistema de notificación y seguimiento para las vacunas... El Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas lo invita a que participe de forma voluntaria en el registro de inmunización de Texas.

Consentimiento para la retención de información relacionada con un desastre y su divulgación a entidades autorizadas. Entiendo que, al otorgar el presente consentimiento, estoy autorizando la retención de mi información... Con mi firma a continuación, DOY mi consentimiento para que se conserve mi información relacionada con un desastre...

Form fields for Client (parent, legal guardian, etc.), Name written in hand, Date, Signature

Aviso de confidencialidad: Con ciertas excepciones, usted tiene derecho a pedir y a ser informado sobre los datos que el estado de Texas recaba sobre usted. Usted tiene derecho a recibir y revisar la información si así lo pide.

Una vez lleno este formulario, envíelo por fax o por correo al ImmTrac2 del DSHS o a un proveedor de atención médica registrado. ¿Tiene alguna pregunta? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • www.ImmTrac.com • ImmTrac DC Texas Department of State Health Services • ImmTrac2 Group – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac2. Please enter client information in ImmTrac2 and affirm that consent has been granted. DO NOT fax to ImmTrac2. Retain this form in your client's record.



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.
- I authorize the release of any medical or other information necessary to process the claim. I also request payment of government benefits to the party who accepts assignment.

Provider Identification Number: _____ Medicare Beneficiary Identifier (MBI): _____

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 ____/____ 2022
	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: **Vacuna Contra el COVID-19**

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 Transferibilidad de Seguros Médicos (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.
- Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para procesar el reclamo. También solicité el pago de los beneficios del gobierno a la parte que acepta la asignación.

Número de identificación del proveedor: _____ Identificador del beneficiario de Medicare (MBI): _____

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 _____ Relación _____

Firma _____

For Administrative Use Only	Manufacturer	Expiration Date	Title of Vaccine Administrator	Date Administered ____/____ 2022
	Lot #	Injection Site Route: IM Right Arm Left Arm	Signature of Vaccine Administrator	



To access the most recent COVID-19 Vaccine Fact Sheets and Health and Human Services Agencies' Notice of Privacy Practices (HIPAA), please scan the appropriate QR code below using your mobile device. If you are unable to access the QR code or would like paper copies of any of the documents, please notify a staff member at the clinic.

Para acceder a las Hojas de datos sobre la vacuna COVID-19 y Aviso de normas sobre la privacidad de la Agencia Health and Human Services más recientes, escanee el código QR apropiado con su dispositivo móvil. Si no puede acceder al código QR o desea copias en papel, comuníquese con un miembro del personal en la clínica.

Vaccine Fact Sheets



Hojas de Datos

