

COVID-19 Vaccine Encounter / Formulario de Vacunación de COVID-19

Request for Administration of COVID-19 Vaccine for the above-named recipient:

Solicitud de administración de la vacuna COVID-19 para el destinatario mencionado anteriormente:

PATIENT/PARENT OR GUARDIAN/POWER OF ATTORNEY SIGNATURE: _____ DATE: _____
FIRMA DEL PACIENTE/PADRE O TUTOR / APODERADO: _____ FECHA: _____

DO YOU CONSENT TO RECEIVING TEXT/EMAIL MESSAGES FROM THE HEALTH DEPARTMENT REGARDING YOUR SECOND DOSE OF VACCINE? Y N

¿ACEPTA RECIBIR MENSAJES DE TEXTO / CORREO ELECTRÓNICO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD CON RESPECTO A SU SEGUNDA DOSIS? SI NO

This consent is valid for 12 months from date signed.

Este consentimiento es válido por 12 meses a partir de la fecha en que se firmó.

AREA FOR OFFICIAL USE ONLY
EXCLUSIVO PARA USO OFICIAL
[INJECTION]

Injection:

Manufacturer: _____

Dose:

Route:

Site Administered:

Lot Number: _____

Expiration Date:

EUA:

Date Given:

Provider number: _____

Signature: _____

Signature indicates immunization given according to PHN Protocol