

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

**Patient Information** (Información del Paciente)

**PLEASE PRINT / (USE LETRA DE MOLDE POR FAVOR)**

**Last Name** (Apellidos): \_\_\_\_\_ **First Name** (Primer Nombre): \_\_\_\_\_ **MI** (Inicial del Segundo Nombre): \_\_\_\_\_

**Sex** (Sexo):  Male (Masculino)  Female (Femenino) **DOB** (Fecha de Nacimiento): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Current Age** (Edad): \_\_\_\_\_  
mes      día      año

**Address** (Dirección): \_\_\_\_\_  
City (Ciudad)      State (Estado)      Zip (Código postal)

**Phone** (Teléfono): (      ) \_\_\_\_\_

**Is this a cell number that can receive text messages?** (¿Este celular le permite recibir textos?)  Yes (Sí)  No (No)

**Race** (Raza):  Asian [Asiática]  Black [Negra]  Native American [Indígena americano]  
 Pacific Islander [Islas del Pacifico]  White [Blanca]  Other [Otra]: \_\_\_\_\_

**Ethnicity** (Etnia): Are you Hispanic? (¿Es usted hispano?)  Yes (Sí)  No (No) **Language** / (Lengua Materna): \_\_\_\_\_

**Email Address** (Correo electrónico): \_\_\_\_\_

<b>The following questions will help determine if there is any reason you should not receive a COVID immunization injection.</b> <i>If a question is not clear, please ask a healthcare provider for help.</i>								
<b><i>Questions should be answered for the person who will be vaccinated:</i></b>								
						Yes	No	
1.	Ever received a COVID-19 vaccine?	1 <sup>st</sup> dose date:	Mfg:	2 <sup>nd</sup> dose date:	Mfg:			
	3 <sup>rd</sup> dose date (Immunocompromised):	Mfg:	Booster Dose date:	Mfg:				
2.	Have an allergy to a component of the vaccine?							
3.	Ever had a severe (anaphylaxis) reaction to an injectable or intravenous medication or vaccine? ... [Defer to Medical Consult]							
4.	Ever had a severe (anaphylaxis) reaction due to any cause? [observe for 30 minutes]							
5.	Sick today, including symptomatic or asymptomatic infection with COVID-19?							
6.	Diagnosed with Multisystem Inflammatory Syndrome (MIS-C or MIS-A) within past 90 days?							
7.	Moderately or severely immunocompromised?							
8.	a. Had myocarditis (inflammation of the heart muscle) or pericarditis (inflammation of the lining of the heart)?							
	b. Did the myocarditis or pericarditis occur after receiving a COVID vaccine?							
9.	Is the person to be vaccinated 12- 17 years old?							
10.	Is the person to be vaccinated pregnant or breastfeeding?							

<b>Las siguientes preguntas ayudarán a determinar si hay alguna razón por la cual no debería recibir la vacuna COVID.</b> <i>Si alguna pregunta no está clara, pídale ayuda a un proveedor de salud.</i>								
<b><i>Las siguientes preguntas las debe responder la persona a vacunarse:</i></b>								
						Sí	No	
1.	¿Ya ha recibido la vacuna contra COVID-19?	Fecha 1 <sup>ra</sup> dosis:	Fabricante:	Fecha 2 <sup>a</sup> dosis:	Fabricante:			
	Fecha 3 <sup>ra</sup> dosis (Inmunocomprometido):	Fabricante:	Fecha de refuerzo:	Fabricante:				
2.	¿Es usted alérgico(a) a algún componente de la vacuna?							
3.	¿Ha tenido alguna vez una reacción grave (anafilaxia) a un medicamento o vacuna inyectable o intravenosa?... (Remitir a consulta médica)							
4.	¿Ha tenido alguna vez una reacción grave (anafilaxia) por alguna causa? (Mantener en observación por 30 minutos)							
5.	¿Está usted enfermo(a) hoy, incluyendo una infección sintomática o asintomática por COVID-19?							
6.	¿Ha sido diagnosticado con el síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) en los últimos 90 días?							
7.	¿La persona que se va a vacunar, ¿está moderada o severamente inmunocomprometida?							
8.	a. ¿La persona que se va a vacunar ha tenido miocarditis (inflamación del músculo cardíaco) o pericarditis inflamación del tejido que recubre el corazón)?							
	b. ¿La miocarditis o pericarditis se produjo después de recibir la vacuna COVID?							
9.	¿Tiene usted entre 12 y 17 años?							
10.	¿Está embarazada o amamantando?							

**Please continue on reverse side of this form.**  
**Continúe al reverso de esta página.**



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

**Request for Administration of COVID-19 Vaccine for the above-named recipient:** I acknowledge that I have received the Vaccine Information Statement or Emergency Use Authorization Information Sheet. I have had an opportunity to ask questions regarding the vaccine and understand the risks and benefits. I am aware that, to provide protection against the virus that causes COVID-19, additional doses may be required. I acknowledge that I may receive a reminder for a second dose by text (if cell phone number provided, standard messaging rates may apply), phone call, or mail.

I hereby release the Hamilton County Health Department, their affiliates, employees, directors, and officers from any and all liability arising from any accident, act of omission or commission, which arises during vaccination.

**Solicitud de administración de la vacuna COVID-19 para el destinatario mencionado anteriormente:** Reconozco que he recibido la Declaración de información de la vacuna o la Explicación de la Autorización de uso de emergencia. Tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre la vacuna y comprender los riesgos y beneficios. Soy consciente de que para brindar protección contra el virus que causa COVID-19, es posible que se requieran dosis adicionales de esta misma vacuna. Reconozco que puedo recibir un recordatorio para una segunda dosis por mensaje de texto (si se proporciona el número de teléfono celular, se pueden aplicar tarifas de mensajería estándar), llamada telefónica o correo.

Por la presente libero al Departamento de Salud del Condado de Hamilton, sus afiliados, empleados, directores y funcionarios de toda responsabilidad que surja de cualquier accidente, acto de omisión o comisión que se presente durante la vacunación.

**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

Nursing Immunization [INJECTION] Documentation

**Patient's Name:** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_\_

**Injection:**  1<sup>st</sup> Dose  2<sup>nd</sup> Dose  3<sup>rd</sup> Dose  Booster Dose 1  Booster Dose 2

**Manufacturer:**  Pfizer  Moderna  Other: \_\_\_\_\_

**Dose:** 0.25mL 0.3mL 0.5mL **Route:** IM

**Site Administered:**  Right Deltoid  Left Deltoid  [Other]

**Lot Number:** \_\_\_\_\_ **Expiration Date:** / / **VIS/EUA Date:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
[ ] English

**Date Given:** / / **Provider number:** \_\_\_\_\_ [ ] Spanish

**Signature:** \_\_\_\_\_

*Signature indicates immunization given according to PHN Protocol*

Vaccine NOT given secondary to contraindication: