



# 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

**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:** Comirnaty/Pfizer 01/03/2022

**EUA:** Moderna 01/07/2022

**Date Given:** / / **Provider number:** \_\_\_\_\_

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

*Signature indicates immunization given according to PHN Protocol*

Vaccine NOT given secondary to contraindication: