



7. La persona a vacunarse, ¿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?		

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



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

### **5 – 11 years/ 5 a 11 años**

**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 an additional 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 dosis adicional 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 NEXT DOSE OF VACCINE?  Y  N**  
**¿ACEPTA RECIBIR MENSAJES DE TEXTO / CORREO ELECTRÓNICO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD CON RESPECTO A SU SIGUIENTE DOSIS?  SI  NO**

<b>AREA FOR OFFICAL USE ONLY EXCLUSIVO PARA USO OFICIAL</b> Nursing Immunization <b>[INJECTION]</b> Documentation	
<b>Patient's Name:</b> _____	<b>DOB:</b> ___/___/___
<b>Injection Type: PRIMARY SERIES (Monovalent)</b>	
<input type="checkbox"/> 1 <sup>st</sup> Dose <input type="checkbox"/> 2 <sup>nd</sup> Dose <input type="checkbox"/> 3 <sup>rd</sup> Dose	
<b>BOOSTER (Bivalent)</b>	
<input type="checkbox"/> Bivalent Booster Dose 1	

**Manufacturer:**  Pfizer

**Dose:**  0.2mL(10mcg)

**Route:** IM

**Site Administered:**  Right Deltoid  Left Deltoid  Other: \_\_\_\_\_

**Lot Number** \_\_\_\_\_

**Expiration Date:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Date Given:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Provider number:** \_\_\_\_\_ **VIS/EUA Date:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  English  Spanish

Vaccine **NOT** given due to secondary contraindication(s): \_\_\_\_\_

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

*Note: Signature indicates immunization given according to PHN protocol*

Rev. 10/18/2022