

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

5 – 11 years/ 5 a 11 años

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): _____

The following questions will help determine if there is any reason you should not receive a COVID immunization injection.
If a question is not clear, please ask a healthcare provider to explain.

| | Yes | No |
|---|-----|----|
| 1. Has the person to be vaccinated ever received a COVID-19 vaccine? 1st dose date: _____ Mfg: _____ 2nd dose date: _____ Mfg: _____ 3rd dose date(Immunocompromised): _____ Mfg: _____ | | |
| 2. Does the person to be vaccinated have an allergy to a component of the vaccine? | | |
| 3. Has the person to be vaccinated ever had a severe (anaphylaxis) reaction to an injectable or intravenous medication or vaccine? ... [Defer to Medical Consult] | | |
| 4. Has the person to be vaccinated ever had a severe (anaphylaxis) reaction due to any cause? ... [observe for 30 minutes] | | |
| 5. Is the person to be vaccinated 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. Is the person being vaccinated moderately or severely immunocompromised? | | |
| 8. a. Has the person to be vaccinated 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? | | |

Las siguientes preguntas ayudarán a determinar si hay alguna razón por la cual no debería recibir la vacuna COVID.
Si alguna pregunta no está clara, pídale a un proveedor de salud que le explique.

| | Sí | No |
|---|----|----|
| 1. ¿Ya ha recibido la vacuna contra COVID-19? Fecha-primera dosis: _____ Fabricante: _____ Fecha-segunda dosis: _____ Fabricante: _____ Fecha-tercera dosis(Inmunocomprometido): _____ Fabricante: _____ | | |
| 2. La persona a vacunarse, ¿es alérgica a algún componente de la vacuna? | | |
| 3. La persona a vacunarse, ¿Ha tenido alguna vez una reacción grave (anafilaxia) a un medicamento o vacuna inyectable o intravenosa?... (Remitir a consulta médica) | | |
| 4. La persona a vacunarse, ¿Ha tenido alguna vez una reacción grave (anafilaxia) por alguna causa? ... (Mantener en observación por 30 minutos) | | |
| 5. ¿Está 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 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

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:** _____

HCDE Event: Yes No

Injection: 1st Dose 2nd Dose 3rd Dose Booster Dose

Manufacturer: Pfizer Other: _____

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

Site Administered: Right Deltoid Left Deltoid [Other]

Lot Number: _____ **Expiration Date:** / / **VIS/EUA Date:** ____/____/____
[] English [] Spanish

Date Given: / / **Provider number:** _____

Signature: _____

Signature indicates immunization given according to PHN Protocol

Vaccine NOT given secondary to contraindication: