

Pediatric COVID-19 Vaccine Encounter / Formulario de Vacunación de 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): _____

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?		
9. Is the person to be vaccinated 5-11 years old?		

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. ¿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 5 y 11 años?		

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

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: _____		
HCDE Event: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
Injection:	<input type="checkbox"/> 1 st Dose	<input type="checkbox"/> 2 nd Dose	<input type="checkbox"/> 3 rd Dose	<input type="checkbox"/> Booster Dose
Manufacturer:	<input type="checkbox"/> Pfizer		<input type="checkbox"/> Other: _____	
Dose:	0.2mL (10 mcg)		Route: IM	
Site Administered:	<input type="checkbox"/> Right Deltoid	<input type="checkbox"/> Left Deltoid	<input type="checkbox"/> [Other]	
Lot Number: _____	Expiration Date: / /	EUA: 01/03/2022		
Date Given: / /	Provider number: _____			
Signature: _____				
<i>Signature indicates immunization given according to PHN Protocol</i>				
<input type="checkbox"/> Vaccine NOT given secondary to contraindication:				