

**VINELAND HEALTH DEPARTMENT COVID-19 VACCINE REGISTRATION FORM**  
**DEPARTAMENTO DE SALUD FORMULARIO DE REGISTRACIÓN VACUNA COVID-19**

**Instructions (Instrucciones):** Complete all sections below and return this form to the vaccinator prior to receiving your shot. Please print all information clearly and accurately and ensure your name is also printed on page two. *(Complete todas secciones abajo y entregue este formulario al vacunador antes de recibir su vacuna. Favor de escribir con claridad y exactitud y asegure que su nombre también esté escrito en la página dos).*

**Name (First, MI, Last) Nombre (Primero, Segundo, Apellido):** \_\_\_\_\_

**Date of Birth Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Age Edad:** \_\_\_\_\_

**Primary Residential Address Dirección Residencial Primaria:** \_\_\_\_\_

**Street Calle** \_\_\_\_\_ **City Ciudad** \_\_\_\_\_ **State Estado** \_\_\_\_\_ **Zip Código** \_\_\_\_\_

**Phone Number Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Email Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_

**Gender Género:**  **Male Masculino**  **Female Femenino**  **Transgender Transgénero**  **Other Otro**  **Prefer not to say Prefiere no decir**

**In order to provide vaccination access to our diverse community, we ask all recipients about their race and ethnicity.** *Para asegurar que estamos proporcionando acceso a nuestras comunidades diversas, le pedimos la raza y etnicidad de todos los que reciben la vacuna.*

**Race/Ethnicity (select one) Raza/Etnicidad (seleccione uno):**

- American Indian/Alaskan Native** *Indígena Americano/Nativo de Alaska*  **Asian** *Asiático*  **White** *Blanco*  
 **Black/African American** *Negro/Africano Americano*  **Native Hawaiian or Pacific Islander** *Nativo de Hawái o Isleño del Pacífico*  **Other Race** *Otra Raza*  **Prefer not to say** *Prefiere no decir*

**Are you Hispanic or Latino?(select one) ¿Eres Hispano o Latino?(seleccione uno):**  **Yes Sí**  **No**  **Unknown** *Desconoce*

**INSURANCE INFORMATION INFORMACIÓN DE SEGURO:**  **No Insurance Sin Seguro**

**Provider Name Nombre del Proveedor:** \_\_\_\_\_

**Group Number Número de Grupo:** \_\_\_\_\_ **Member ID ID del Miembro:** \_\_\_\_\_

**PRE-SCREENING EVALUACIÓN PREVIA:**

Answering “yes” to any question, does not necessarily mean you won’t be vaccinated; however we may need to ask additional questions. If a question is not clear, please ask your healthcare provider to explain it. *Las siguientes preguntas nos ayudará determinar si hay alguna razón que usted no debe recibir la vacuna COVID-19 oy. El contestar sí a cualquier pregunta, no necesariamente quiere decir que no va a ser vacunado; sin embargo, quizás tengamos que hacer preguntas adicionales. Si una pregunta no es clara, favor de pedirle a su proveedor de salud que la explique.*

	<b>Yes Sí</b>	<b>No</b>	<b>Don't Know No Se</b>
1. <b>Are you feeling sick today? ¿Te sientes enfermo hoy?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <b>Have you ever received a dose of COVID-19 vaccine? ¿Alguna vez ha recibido una dosis de la Vacuna COVID-19?</b> <b>If yes, which vaccine? ¿Si contesta sí, cuál vacuna?</b> <input type="checkbox"/> <b>Moderna</b> <input type="checkbox"/> <b>Pfizer</b> <input type="checkbox"/> <b>Janssen</b> <input type="checkbox"/> <b>Other Product Otro Producto</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. <b>Have you ever had a severe allergic reaction (e.g., anaphylaxis) to something which required administration of epinephrine or EpiPen®, or that required a hospital ER visit? ¿Alguna vez ha tenido una reacción severa (ej. Anafilaxia) a algo que requirió administración de epinefrina o EpiPen®, o que requirió una visita a la sala de Emergencia del hospital?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. <b>Do you have a bleeding disorder or are you taking a blood thinner? ¿Tiene usted trastorno hemorrágico o está usted tomando un anticoagulante?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. <b>Have you received passive antibody therapy as treatment for COVID-19? ¿Ha recibido usted terapia de anticuerpos pasivos como tratamiento para COVID-19?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. <b>For additional dose, are you moderately or severely immune compromised? Para una dosis adicional, ¿tiene un sistema inmunológico moderado o grave?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I certify that I am: (a) the patient and at least 18 years of age; (b) the parent or legal guardian of the patient and confirm that the patient is at least 12 years of age; or (c) authorized to consent for vaccination for the patient named above. Further, I hereby give my consent to the Vineland Department of State Health or their agents to administer the Moderna, Pfizer or Janssen COVID-19 vaccine. I understand that the FDA has not licensed these products but is allowing emergency use of these products pursuant to an Emergency Use Authorization (EUA). I understand that it is not possible to predict all possible side effects or complications associated with receiving vaccine(s). I understand the risks and benefits associated with the above vaccines and have received, read and/or had explained to me the Emergency Use Authorization Fact Sheet on the Moderna, Pfizer, or Janssen COVID-19 vaccine. I acknowledge that I must remain in the observation area for at least 15 minutes after the vaccine was administered. If I experience a severe reaction onsite, I will signify the need for medical intervention. If the reaction occurs after I have left the clinic site, I will call 9-1-1 or go to the nearest hospital. On behalf of myself, my heirs and personal representatives, I hereby release and hold harmless Vineland Health Department and their staff, agents, successors, divisions, affiliates, subsidiaries, officers, directors, contractors and employees from any and all liabilities or claims arising out of, in connection with, or in any way related to the administration of this vaccine. I understand that the COVID-19 vaccinations given by the Vineland Health Department will be tracked and reported to NJIIS required by the local, state and federal government.

*Certifico que soy: (a) el paciente y al menos 18 años de edad; (b) el padre o tutor legal del paciente y confirmar que el paciente tiene al menos 12 años de edad; o (c) autorizado a dar su consentimiento para la vacunación del paciente mencionado anteriormente. Además, por la presente doy mi consentimiento al Departamento de Salud de Vineland o sus agentes para administrar la vacuna Moderna, Pfizer o Janssen COVID-19. Y Entiendo que la FDA no ha licenciado este producto, pero está permitiendo el uso de emergencia de este producto según (AUE) Autorización Uso de Emergencia. Entiendo que no es posible predecir todos los posibles efectos secundarios o complicaciones asociados con la recepción de la(s) vacuna(s). Entiendo los riesgos y beneficios asociados con la vacuna anterior y he recibido, leído y/o me han explicado la Hoja Informativa de Autorización de Uso de Emergencia sobre la vacuna Moderna, Pfizer o Janssen COVID-19. Reconozco que debo permanecer en la zona de observación por lo menos 15 minutos después de la administración de la vacuna. Si experimento una reacción grave en el lugar, señalaré la necesidad de una intervención médica. Si la reacción se produce después de haber abandonado el lugar de la clínica, llamaré al 9-1-1 o iré al hospital más cercano. En mi nombre, en el de mis herederos y representantes personales, libero y eximo de responsabilidad al Departamento de Salud de Vineland y a su personal, agentes, sucesores, divisiones, afiliados, subsidiarios, funcionarios, directores, contratistas y empleados de cualquier responsabilidad o reclamo que surja de, en conexión con, o de cualquier manera relacionada con la administración de esta vacuna. Entiendo que las vacunas contra el COVID-19 dadas por el Departamento de Salud de Vineland serán rastreadas y reportadas a NJIIS requeridas por el gobierno local, estatal y federal.*

**If Authorized Representative, print name and indicate your relationship to Person Receiving Vaccine:**

*\*Si Representante Autorizado imprima su nombre e indique su relación con la Persona Recibiendo la Vacuna:*

\_\_\_\_\_  
**Signature of Patient or Authorized Representative\***

*Firma del paciente o Representante Autorizado*

\_\_\_\_\_  
**Date**

*Fecha*

**OFFICIAL USE ONLY**

**Vaccine Manufacturer and Dosage:**  .5ml Janssen  .3ml Pfizer  .5ml Moderna

**Dose:**  1st  2nd  3rd

**Route of Administration:**  Intramuscular

**Vaccine Site:**  Left Deltoid  Right Deltoid

**Vaccine Lot Number:** \_\_\_\_\_ **Vaccine Expiration Date:** \_\_\_\_\_

**Vaccine Administered by (Print):** \_\_\_\_\_

**Facility Name/Location:** \_\_\_\_\_

**Date and Time:** \_\_\_\_\_