

## CITY OF VINELAND HEALTH DEPARTMENT COVID-19 VACCINE CONSENT FORM

Please Print <i>Por Favor Imprima</i>					
Last Name ( <i>Apellido</i> )	First Name ( <i>Primero</i> )	Middle Name ( <i>Segundo</i> )			
Date of Birth ( <i>Fecha de Nacimiento</i> )	Primary Residential Address ( <i>Dirección Residencial Primaria</i> )	Age ( <i>Edad</i> )			
Gender ( <i>Género</i> ):	Race ( <i>Raza</i> ):				
Female <i>Female</i> Male <i>Masculino</i> Nonbinary <i>No binario</i> Decline to Answer <i>Prefiero no decir</i>	American Indian/Alaska Native <i>Indígena Americano/Nativo de Alaska</i> Native Hawaiian/Pacific Islander <i>Nativo de Hawái o Isleño del Pacífico</i> Black/African American <i>Blanco Negro/Africano Americano</i> Other Race <i>Otra raza</i> _____ Prefer not to say <i>Prefiero no decir</i> <b>Ethnicity</b> Hispanic <i>Hispano</i> Not Hispanic <i>No Hispano</i>				
Screening Questions <i>Preguntas de selección</i>			YES/SI	NO	DON'T KNOW /NO SE
1. Are you feeling sick today? <i>¿Te sientes enfermo hoy?</i>					
2. In the past 10 days, have you tested positive for COVID-19 infection or are you currently monitoring yourself for COVID-19 infection? <i>¿En los últimos 10 días, ¿ha dado positivo en la prueba de infección por COVID-19 o está monitoreado actualmente por infección por COVID-19?</i>					
3a. Have you ever had a severe allergic reaction [e.g., anaphylaxis or respiratory distress] to any vaccine including COVID-19 or an injectable medication that required treatment with epinephrine or EpiPen® or that caused you to go to the hospital? <i>¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxia o dificultad respiratoria] a alguna vacuna, incluido el COVID-19 o a un medicamento inyectable, que requirió tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que le provocó ir al hospital?</i>					
3b. Within 4 hours of any vaccination have you ever had hives, redness, swelling, itching? Or had a severe allergic reaction to foods, insects, and non-injectable medications? <i>Dentro de las 4 horas posteriores a cualquier vacunación, ¿alguna vez ha tenido urticaria, enrojecimiento, hinchazón, picazón? ¿O tuvo una reacción alérgica grave a alimentos, insectos o medicamentos no inyectables?</i>					
4. Have you ever received a dose of COVID-19 vaccine? <i>¿Ha recibido una dosis de la vacuna COVID-19? If yes, which vaccine? ¿Si contesta sí, cuál vacuna?</i> Moderna      Pfizer      Janssen      Novavax      Other Product <i>Otro Producto</i>					
5. Do you have a health condition or are you undergoing treatment that makes you moderately or severely immunocompromised? Including, but not be limited to, cancer treatment, HIV, organ transplant, immunosuppressive therapy or high-dose corticosteroids, CAR-T-cell therapy, hematopoietic cell transplant [HCT], or moderate or severe primary immunodeficiency. <i>¿Tiene algún problema de salud o está siguiendo un tratamiento que lo deje inmunocomprometido de forma moderada o grave? Incluyendo, entre otros, tratamiento del cáncer, VIH, trasplante de órganos, terapia inmunosupresora o corticosteroides en dosis altas, terapia con células CAR-T, trasplante de células hematopoyéticas [HCT] o inmunodeficiencia primaria moderada o grave.</i>					
6. Do you have a history of? <i>¿Tienes una historia de? (Check all that apply. Marque todas las que apliquen)</i>					
Myocarditis or Pericarditis <i>Miocarditis o Pericarditis</i> Multisystem Inflammatory Syndrome (MIS-C or MIS-A) <i>Síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A)</i> Immune-mediated syndrome defined by thrombosis and thrombocytopenia, such as heparin- induced thrombocytopenia (HIT) <i>Síndrome mediado por Immune definido por trombosis y trombocitopenia, como la trombocitopenia inducida por heparina (TIH)</i> Thrombosis with thrombocytopenia syndrome (TTS) <i>Síndrome de trombocitopenia con trombocitopenia (TTS)</i> Guillain-Barré Syndrome (GBS) <i>Historia del Síndrome de Guillain-Barré (SGB)</i> COVID-19 disease within the past 3 months <i>Enfermedad de COVID-19 en los últimos 3 meses</i> Monkeypox vaccine in the last 4 weeks <i>Vacuna contra la viruela del mono en las últimas 4 semanas</i>					
Insurance Information <i>Información de Seguro</i>			I do not have Insurance/No tengo Seguro		
<b>Insurance Name</b> <i>Nombre del Seguro:</i> _____			<b>Phone</b> <i>Telefono:</i> _____		
<b>Insurance Address</b> <i>Dirección del Seguro:</i> _____					
<b>Group Number</b> <i>Número de Grupo:</i> _____			<b>Member ID</b> <i>ID del Miembro:</i> _____		

## CITY OF VINELAND HEALTH DEPARTMENT COVID-19 VACCINE CONSENT FORM

### Consent

**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 6 months 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 Health or their agents to administer the Moderna or Pfizer COVID-19 vaccine. I understand that although some of these vaccines are licensed by the FDA for administration to certain groups of individuals, they are approved to be administered to other groups of individuals under FDA emergency use authorizations (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 911 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 all liabilities or claims arising out of, in connection with, or in any way related to the administration of this vaccine.

**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 6 meses 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 o Pfizer COVID-19. Entiendo que, aunque algunas de estas vacunas están autorizadas por la FDA para su administración a ciertos grupos de personas, están aprobadas para administrarse a otros grupos de personas bajo las autorizaciones de uso de emergencia (EUA) de la FDA. 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 911 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.

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient or Authorized Representative  
Firma del paciente o Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
Date  
Fecha

### FOR OFFICE USE ONLY – VACCINATION RECORD

<input type="checkbox"/> Pfizer Yellow Cap (6 mo. – 4 yrs) .3ml <input type="checkbox"/> Pfizer Blue Cap (5 - 11 yrs) .3ml <input type="checkbox"/> Pfizer Gray Cap (12 yrs +) .3ml  # OF 2023/2024 VACCINE DOSE <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Clinic Location: _____  Date and Time Administered: _____  Route: Intramuscular (IM)
<input type="checkbox"/> Moderna Green Label (6 mo. – 11 yrs) .25ml <input type="checkbox"/> Moderna Blue Label (12 yr+) .5ml  # OF 2023/2024 VACCINE DOSE <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Site: <input type="checkbox"/> Left Deltoid <input type="checkbox"/> Right Deltoid  <input type="checkbox"/> Left Anterolateral Thigh <input type="checkbox"/> Right Anterolateral Thigh
<input type="checkbox"/> VFC <input type="checkbox"/> 317 Funds <input type="checkbox"/> Private Funds <input type="checkbox"/> Other State Program	Lot #: _____ Expiration Date: _____
Vaccine Administered by: (Print) _____  Title: <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> Pharmacist <input type="checkbox"/> Physician	VIS: 10/19/23 EUA (Moderna 6m-11y): 9/11/23 EUA (Pfizer 6m-11y): 9/11/23 Date VIS/EUA given: _____