

**TARRANT COUNTY PUBLIC HEALTH
COVID-19 VACCINE CONSENT FORM**

PATIENT'S INFORMATION (PLEASE CLEARLY PRINT)

Last Name:		First Name:			Middle Name:		
Address:				City:	State:	Zip Code:	County
Date of Birth: ____/____/____ (Month/Day/Year)	Sex: M / F	Race:	Age:	Phone	Email:		
Emergency Contact Name				Emergency Contact Phone			

COVID-19 VACCINATION INFORMATION

The Pfizer Moderna JNJ. Moderna and JNJ COVID-19 vaccine are approved under EUA for 18 and up, and Pfizer COVID-19 vaccine has been FDA approved for ages 16 and up and authorized by the Food and Drug Administration under an Emergency Use Authorization for ages 12-15, based on advice from the Secretary of Health and Human Services in response to the ongoing COVID-19 Pandemic.

Tarrant County Public Health is authorized to administer the Pfizer Moderna JNJ_ COVID-19 Vaccine based on guidance developed by the Centers for Disease Control and Prevention. To optimize vaccine response, you will receive 2 doses separated by 21(Pfizer) 28 (Moderna) days. A 3rd dose is allowable for certain populations 28 days after a 2nd dose. Effective 9/20/2021 a booster dose is allowable 8 months after 2nd dose in general population. JNJ is only authorized for 1 dose administration.

Side effects reported in clinical trial of this vaccine include, but may not be limited to, injection site pain, redness, or swelling, fatigue, headache, muscle pain, chills, fever, joint pain, nausea, or lymph node swelling. Such symptoms normally resolve within 24 hours and are typically mild but if severe should be reported. If severe allergic symptoms develop (trouble breathing, chest pain, fast heartbeat dizziness, weakness, facial, tongue, or throat swelling, or rash) after your observation period is complete, please call 911 or proceed to the nearest Hospital Emergency Department.

SCREENING CHECKLIST FOR TODAY'S IMMUNIZATION

1	Are you sick today?	Yes	No
2	Which dose of COVID-19 vaccine are you here for today: <input type="checkbox"/> 1 st <input type="checkbox"/> 2 nd <input type="checkbox"/> 3 rd <input type="checkbox"/> Booster Dose: _____		
2a: If you have received a COVID-19 vaccine before which one was it? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> JNJ <input type="checkbox"/> Other: _____			
3	Have you been diagnosed with COVID-19 infection within the last 90 days?	Yes	No
4	Have you ever had a reaction to any COVID-19 vaccine components (mRNA, several different lipid ingredients)?	Yes	No

If you answered "Yes" to questions 1-4, we would advise you to postpone vaccination for COVID-19 as follows:

- If sick, wait until your symptoms have resolved.
- If you were COVID+ and received passive antibody therapy as part of treatment then wait 90 days from treatment.

5	Have you ever had a severe allergic reaction (anaphylactic) to a vaccine (including trouble breathing, hives, facial or tongue swelling, low blood pressure, fast heart rate) or other severe reaction to a vaccination?	Yes	No
6	Do you have a history of severe allergic reaction to anything besides a vaccine, including other medications, insect stings, or bites?	Yes	No
7	Do you take blood thinner or do you have a bleeding disorder?	Yes	No

If your answer to any of questions 5, 6, or 7 is "Yes", please notify the staff so that we can make the accommodations necessary to observe you more carefully following your vaccination., and if you have a bleeding tendency or are on blood thinners, we will watch you carefully for possible injection site bleeding.

8	Do you have a weakened immune system?	Yes	No
9	Are you now pregnant or might you become pregnant in the next 4 weeks, or are you breastfeeding?	Yes	No

If you answered "Yes" to questions 8 or 9, you can choose to be vaccinated but safety and efficacy data is still being collected for people in these groups.

10	Are you immunocompromised and self-attest that you meet the current CDC guidance to receive a 3 rd dose?	Yes	No
----	---	-----	----

CONSENT FOR VACCINATION AND BILLING INSURANCE

I have been provided with and have read the EUA Fact Sheet for the COVID-19 vaccine, the COVID-19 Vaccine Consent Form, and any additional information provided. I have had the opportunity for my questions to be answered by a medical professional, and I understand that a series of two vaccines will be required. I understand the known risks and benefits of vaccination and understand that not all risks may have yet been established. I know that I am consenting to this vaccine series under a EUA in response to the COVID-19 Pandemic. I request to proceed with vaccination.

I agree to remain on site for 15 minutes after vaccination and that my condition may warrant post vaccination observation for at least 30 minutes.

Print name Patient and/or Parent/Guardian: Patient and/or Parent/Guardian Signature: Relationship to patient:

address same as above

Date of birth Patient/guardian: ____/____/____ Address:

Administered by Date:

Vaccine	Vaccine Info	Site	Manufacturer	Lot #	Expiration Date
COVID-19 Vaccine	Series <input type="checkbox"/> 1st <input type="checkbox"/> 2nd <input type="checkbox"/> 3 rd <input type="checkbox"/> Booster	Deltoid: <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right 2 nd Dose Admin Date: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> _____		

Date of Administration	Vaccine Administrator Signature/Title or Credentials	Location
-------------------------------	---	-----------------

**TARRANT COUNTY PUBLIC HEALTH
COVID-19 VACCINE CONSENT FORM**

INFORMACIÓN DEL(LA) PACIENTE (POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE)

Apellido:		Nombre:		Segundo nombre:	
Dirección:			Ciudad:	Estado:	Código Postal: Condado:
Fecha de Nacimiento: ___/___/___ (Mes/Día/Año)	Sexo: M / F	Raza:	Edad:	Teléfono:	Email:
Nombre del Contacto de Emergencia				Teléfono del Contacto de Emergencia	

INFORMACIÓN DE LA VACUNACIÓN COVID-19

La vacuna Pfizer Moderna JNJ. Moderna y JNJ COVID-19 están aprobadas por EUA para mayores de 18 años, y la vacuna Pfizer COVID-19 ha sido aprobada por la FDA para mayores de 16 años y autorizada por la Administración de Alimentos y Medicamentos en caso de emergencia Autorización de uso para edades de 12 a 15 años, según el asesoramiento de la Secretaría de Salud y Servicios Humanos en respuesta a la pandemia de COVID-19 en curso.

El Departamento de Salud Pública del Condado de Tarrant está autorizado a administrar la vacuna Pfizer Moderna JNJ_ COVID-19 según la guía desarrollada por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Para optimizar la respuesta a la vacuna, recibirá 2 dosis separadas por 21 (Pfizer) 28 (Moderna) días. Se permite una tercera dosis para ciertas poblaciones 28 días después de una segunda dosis. A partir del 20/9/2021, se permite una dosis de refuerzo 8 meses después de la segunda dosis en la población general. JNJ solo está autorizado para la administración de 1 dosis.

Los efectos secundarios informados en el ensayo clínico de esta vacuna incluyen, entre otros, dolor en el lugar de la inyección, enrojecimiento o hinchazón, fatiga, dolor de cabeza, dolor muscular, escalofríos, fiebre, dolor en las articulaciones, náuseas o inflamación de los ganglios linfáticos. Estos síntomas normalmente se resuelven en 24 horas y suelen ser leves, pero si son graves, se deben informar. Si se desarrollan síntomas alérgicos graves (dificultad para respirar, dolor en el pecho, mareos por latidos cardíacos rápidos, debilidad, hinchazón de la cara, la lengua o la garganta, o sarpullido) después de que finalice su período de observación, llame al 911 o diríjase al Departamento de Emergencias del Hospital más cercano.

LISTA DE REVISIÓN DEL EXAMEN PARA LA INMUNIZACIÓN DE HOY

1	¿Está enfermo(a) hoy?	Si	No
2	¿Para qué dosis de la vacuna COVID-19 está aquí hoy? <input type="checkbox"/> 1ra <input type="checkbox"/> 2da <input type="checkbox"/> 3ra <input type="checkbox"/> Dosis de refuerzo: _____ 2a: Si ha recibido una vacuna COVID-19 antes, ¿cuál fue? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> JNJ <input type="checkbox"/> Otro: _____		
3	¿Ha sido diagnosticado(a) con COVID-19 en los últimos 90 días?	Si	No
4	¿Ha tenido alguna reacción a alguno de los componentes de la vacuna COVID-19 (ARNm, distintos ingredientes lipídicos)	Si	No
Si contestó "Si" en las preguntas 1-4, le recomendamos posponer su vacunación para COVID-19 de la siguiente manera:			
<ul style="list-style-type: none"> • Si está enfermo, espere hasta que sus síntomas se hayan resuelto. • Si tenía COVID + y recibió terapia con anticuerpos pasivos como parte del tratamiento, espere 90 días desde el tratamiento. 			
5	¿Ha tenido alguna reacción alérgica severa (anafilaxia) a alguna vacuna (incluyendo problemas para respirar, urticaria, inflamación facial o de la lengua, baja presión arterial, frecuencia cardíaca rápida) u otra reacción severa a alguna vacuna?	Si	No
6	¿Tiene historial de reacciones alérgicas severas a cualquier cosa además de una vacuna, incluyendo medicamentos, picaduras de insectos o mordeduras?	Si	No
7	¿Toma anticoagulantes o tiene algún problema en la sangre?	Si	No
Si contestó "Si" en las preguntas 5, 6, o 7, por favor notifique al personal para que podamos tomar las medidas necesarias para observarle más cuidadosamente después de su vacunación, y si tiene tendencia a sangrar o tomas anticoagulantes, le vigilarémos atentamente para detectar posibles hemorragias en el lugar de la inyección.			
8	¿Tiene un sistema inmunológico débil?	Si	No
9	¿Está embarazada o planea embarazarse en las próximas 4 semanas, o está amamantando?	Si	No
Si contestó "Si" en las preguntas 8 o 9, puede elegir ser vacunado(a) pero información acerca de la seguridad y eficacia en estos grupos aún está siendo recolectada.			
10	¿Está inmunodeprimido y declara que cumple con las pautas actuales de los CDC para recibir una tercera dosis?	Si	No

CONSENTIMIENTO DE VACUNACIÓN Y FACTURACIÓN DEL SEGURO

Se me ha proporcionado y he leído la ficha técnica de la AUE acerca de la vacuna COVID-19, la forma de consentimiento de vacunación COVID-19, y cualquier información adicional proporcionada. He tenido la oportunidad de que mis respuestas sean contestadas por un(a) profesional médico, y entiendo que se requiere la aplicación de dos vacunas. Entiendo los riesgos conocidos y beneficios de la vacunación y entiendo que es posible que no se hayan establecido todos los riesgos. Sé que estoy dando consentimiento para esta serie de vacunas bajo una AUE en respuesta a la pandemia COVID-19. Solicito proceder con mi vacunación. Entiendo que el Condado de Tarrant usará la información recopilada para presentar una solicitud de pago sólo por la administración de la vacuna. Acepto permanecer en el lugar durante 15 minutos después de mi vacunación y que mi condición puede justificar una observación posterior a la vacunación durante al menos 30 minutos.

Nobre Impreso del paciente o Tutor:	Firma:	Parentesco con el(la) paciente:
--	---------------	--

Si Paciente es Menor: Fecha de Nacimiento de tutor ___/___/___	Dirección: <input type="checkbox"/> Igual que arriba
---	---

Administered by	Fecha
------------------------	--------------

Vaccine	Vaccine Info	Site	Manufacturer	Lot #	Expiration Date
COVID-19 Vaccine	Series <input type="checkbox"/> 1st <input type="checkbox"/> 2nd <input type="checkbox"/> 3rd <input type="checkbox"/> Booster	Deltoid: <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right 2nd Dose Admin Date: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> _____		

Date of Administration	Vaccine Administrator Signature/Title or Credentials	Location
-------------------------------	---	-----------------