



COVID-19 VACCINE CONSENT FORM

BASIC INFORMATION

First Name	Last Name	Date of Birth	Age
Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Unknown	Race <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> African-American <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Unknown	Ethnicity <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Unknown	
Address	City	Zip Code	
Phone Number	Email Address		

ADDITIONAL INFORMATION

Please answer all the questions

Are you sick today or has been sick in the last week?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Have you received any vaccinations in the past two weeks and/or have you received any other COVID-19 vaccine at any time?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Have you been diagnosed with COVID-19 infection in the last 90 days?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Have you ever had an anaphylactic reaction (e.g. trouble breathing, broke out in hives, had facial or tongue swelling, had low blood pressure), or had other severe symptoms after receiving another vaccination or an injectable medication (a shot given intravenously, intramuscularly, or subcutaneously)?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Do you have a history of an anaphylactic reaction to anything other than a vaccine or injectable medication (such as a reaction to food, insect stings, or oral medication)?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Do you have a bleeding disorder, or do you take a blood thinner?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Do you have a history of a weakened immune system?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Is it possible that you are or may become pregnant in the next four weeks, or are you currently breastfeeding?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Not Applicable	

CONSENT

Please read carefully

CONSENT FOR IMMUNIZATION: I have received, read or had explained to me the COVID-19 vaccine fact sheet and/or information statement and I understand this information. I have had the chance to ask questions that were answered to my satisfaction. I believe I understand the benefits and risks of the COVID-19 vaccine. I give permission to the Waco-McLennan County Public Health District, its staff and other health care personnel under its sponsorship, to give the COVID-19 vaccine immunizations to the person identified on this form.

I HAVE BEEN ADVISED THAT THE PERSON IDENTIFIED ON THIS FORM SHOULD WAIT FOR 15-30 MINUTES OF OBSERVATION AFTER RECEIVING THE VACCINE BEFORE LEAVING.

Signature of CONSENTING ADULT

Date Signed

Vaccine administered by

Date of vaccine administration

OFFICE USE ONLY

Circle Series of Immunization	Manufacturer/VIS Date	NOC Code	Vaccine Procedure Code	Lot#	Site
1 st dose 2 nd dose	Moderna		91301		



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA SER VACUNADO CONTRA COVID-19

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombre		Apellido		Fecha de Nacimiento		Edad	
Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Desconocida	Raza	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Razas múltiples <input type="checkbox"/> Desconocida	Etnicidad	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano/No-Latino <input type="checkbox"/> Desconocida
Dirección				Ciudad		Código Postal	
Número Telefónico				Dirección Electrónica			

INFORMACIÓN ADICIONAL

Por favor conteste todas las preguntas

¿Actualmente está enfermo o ha estado enfermo la semana pasada?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Recibió alguna vacuna en las últimas dos semanas y/o ha recibido otra vacuna contra COVID-19 en cualquier momento?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha sido diagnosticado con la infección de COVID-19 en los últimos 90 días?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez ha tenido una reacción anafiláctica (ej. dificultad para respirar, estallado en urticaria, hinchazón facial o en la lengua, presión arterial baja) o tuvo otros síntomas graves después de recibir otra vacuna o medicamento inyectable (una inyección por vía intravenosa, intramuscular o subcutáneo)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene un antecedente de reacción anafiláctica a cosas que no son para la vacunación o medicamentos inyectables (como una reacción a la comida, picaduras de insectos o medicamentos orales)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene usted un problema de sangrado o está tomando medicamentos para adelgazar o diluir la sangre?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene un antecedente de sistema inmune debilitado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Es posible que usted esté o espera embarazarse en las próximas cuatro semanas, o está amamantando?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> No Corresponde	

CONSENTIMIENTO

Por favor lea esto cuidadosamente

PERMISO PARA SER VACUNADO: Yo he recibido, he leído o me han explicado la hoja informativa sobre la vacuna contra el COVID-19 y/o la declaración informativa y entiendo esta información. Yo he tenido la oportunidad de hacer preguntas que han sido contestadas adecuadamente. Yo creo que entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna contra el COVID-19. Le doy permiso al Distrito de Salud Pública Waco-Condado de McLennan, el personal y otros profesionales de la atención médica bajo su patrocinio, para administrarle la inmunización con vacunas contra el COVID-19 a la persona que se presenta en este formulario.

YO HE SIDO INFORMADO QUE LA PERSONA QUE SE PRESENTA EN ESTE FORMULARIO DEBE ESPERARSE POR 15-30 MINUTOS EN OBSERVACIÓN DESPUÉS DE HABER RECIBIDO LA VACUNA ANTES DE IRSE.

Firma del ADULTO QUE ACCEDE

Fecha que fue firmado

Vacuna administrada por

Fecha en que la vacuna fue administrada

OFFICE USE ONLY

Circle Series of Immunization	Manufacturer/VIS Date	NOC Code	Vaccine Procedure Code	Lot#	Site
1 st dose 2 nd dose	Moderna		91301		