

TARRANT COUNTY PUBLIC HEALTH  
COVID19 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:	
Do you have insurance? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Subscriber/ Member ID			Subscriber Date of Birth		Insurance Company:
If no insurance, provide the following: Driver License #						State of Issue	
Emergency Contact Name					Emergency Contact Phone		

**COVID-19 VACCINATION INFORMATION**

The Pfizer Moderna JNJ COVID-19 vaccine has been authorized by the Food and Drug Administration under an Emergency Use Authorization, or EUA, based on advice from the Secretary of Health and Human Services in response to the ongoing COVID-19 Pandemic. The COVID-19 vaccine has not been fully approved but is being made available under a EUA due to scientific evidence supporting the safety and efficacy of the COVID-19 vaccine and the vaccine's highly favorable risk-benefit ratio.

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. In order to optimize vaccine response, you will receive 2 doses separated by 21 28 days. 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	Have you received any vaccinations in the last 14 days, or have you received any other COVID-19 vaccine previously?	Yes	No
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 are COVID+, wait until 90 days have elapsed since positive COVID-19 test.
- Wait 2 weeks after other vaccinations to receive COVID-19 vaccination.
- You should not take the Pfizer Moderna COVID-19 vaccine if your first COVID-19 vaccine was produced by another manufacturer.
- If you have a history of anaphylaxis to any ingredient of the Pfizer Moderna vaccine, you CANNOT receive this vaccine based on current guidance.

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.

**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 understand Tarrant County will use the information gathered to submit a claim to your insurance company for only the administration of the vaccine.

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 Parent/Guardian:	Patient Parent/Guardian Signature:	Relationship to patient:
-------------------------------------	------------------------------------	--------------------------

Date of birth Patient/guardian: ____/____/____	Address:	<input type="checkbox"/> address same as above
--	----------	--

Administered by	Date:
-----------------	-------

Vaccine	Vaccine Info	Site	Manufacturer	Lot #	Expiration Date
COVID-19 Vaccine	Series <input type="checkbox"/> 1st <input type="checkbox"/> 2nd	Deltoid: <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right	<input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> JnJ		
Date of Administration	Vaccine Administrator Signature/Title or Credentials		Location		

TARRANT COUNTY PUBLIC HEALTH  
COVID19 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:
¿Tiene seguro? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Suscriptor/ ID Miembro		Suscriptor Fecha de Nacimiento		Compañía de Seguros:
En caso de no tener seguro, proporcione lo siguiente: Licencia de Manejo #					Estado:
Nombre del Contacto de Emergencia			Teléfono del Contacto de Emergencia		

**INFORMACIÓN DE LA VACUNACIÓN COVID-19**

La vacuna COVID-19 Pfizer Moderna ha sido autorizada por la Administración de Alimentos y Medicamentos bajo una Autorización de Uso de Emergencia, o AUE, basándose en la recomendación de la Secretaría de Salud y Servicios Humanitarios en respuesta a la pandemia de COVID-19 en curso. La vacuna COVID-19 no ha sido aprobada por completo, pero está disponible bajo una AUE debido a la evidencia científica que respalda su seguridad y eficacia de la vacuna COVID-19 y la relación riesgo-beneficio altamente favorable de la vacuna.

El Departamento de Salud del Condado de Tarrant está autorizado a administrar la vacuna COVID-19 Pfizer Moderna basándose en las directrices desarrolladas por los Centros de Control y Prevención de Enfermedades. Para optimizar la respuesta de la vacuna, usted recibirá 2 dosis separadas por 21 28 días.

Los efectos secundarios reportados en el ensayo clínico de esta vacuna incluyen, pero no se limitan a, 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. Dichos síntomas normalmente desaparecen dentro de 24 horas y son típicamente leves, pero sí son severos deberán reportarlo.

Sí desarrolla reacciones alérgicas severas (problema para respirar, dolor en el pecho, latidos cardiacos acelerados, mareo, debilidad, inflamación facial, en la lengua o garganta, salpullido) después de su periodo de observación, por favor llame al 911 o acuda al área de Urgencias del Hospital

**LISTA DE REVISIÓN DEL EXAMEN PARA LA INMUNIZACIÓN DE HOY**

1	¿Está enfermo(a) hoy?	Si	No
2	¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días, o ha recibido alguna otra vacuna COVID-19?	Si	No
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

**Sí contestó "Si" en las preguntas 1-4, le recomendamos posponer su vacunación para COVID-19 de la siguiente manera:**

- Si está enfermo(a), espere a que pasen los síntomas. Si es COVID+, espere que pasen 90 días desde que se hizo la prueba de COVID-19.
- Espere 2 semanas después de cualquier vacuna para recibir la vacuna COVID-19.
- No tome la vacuna COVID-19 Pfizer Moderna si su primera vacuna fue producida por otro fabricante.
- Sí tiene historial de anafilaxia a cualquier ingrediente de la vacuna Pfizer Moderna usted NO PUEDE recibir esta vacuna basándose en las directrices actuales.

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 cardiaca 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

**Sí 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 toma anticoagulantes, le vigilemos 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

**Sí 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.**

**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	Deltoid: <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right	<input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> _____		
Date of Administration	Vaccine Administrator Signature/Title or Credentials		Location		