



**NEVADA COUNTY
PUBLIC HEALTH DEPARTMENT
EUA COVID-19 IMMUNIZATION
CONSENT FORM**

Manufacturer: (Circle) MODERNA PFIZER
 Lot # & Expiration: _____
 Manufacture Date: _____

Dose #1 Dose #2

Patient Name: _____ Gender: _____ DOB: _____ AGE: _____
MM / DD / YY

Address: _____ Telephone #: _____

_____ Zip: _____ Mother's First Name: _____

Nevada County Public Health Department requires that we collect the following demographic data. This allows us to provide quality services. This de-identified data is kept confidential and is shared as required by state & federal authorities.

THE INFORMATION BELOW IS FOR THE INDIVIDUAL RECEIVING IMMUNIZATION(S).

Choose one or more:

- Race**
- Alaska Native or American Indian White or Hispanic
 Asian More than One Race
 Black or African American Other Race
 Native Hawaiian or Pacific Islander Declined to State

Choose one:

- Ethnic Group**
- Hispanic
 Non-Hispanic
 Unknown

Choose one:

- Language**
- English
 Spanish
 Indian (includes Hindi & Tamil)
 Other

Does the patient have insurance? No Yes: **Medi-Cal** **Medicare** **Private Insurance**

I have read or have had explained to me the information on this form about EUA Covid and EUA Covid-19 vaccine. I have had a chance to ask questions which were answered to my satisfaction. I believe I understand the benefits and risks of the EUA Covid-19 vaccine and request that it be given to me or to the person named below for whom I am authorized to make this request. I understand that Nevada County Public Health Department enters immunization information into the California Immunization Registry (CAIR). I acknowledge that I may receive a copy of the Nevada County Notice of Privacy Practices upon request. I hereby authorize the Nevada County Public Health Department, to release this information to my designated medical provider(s), school(s), and upon my verbal request, to myself.

Signature: _____

Date: _____

Patient (Parent or Guardian if under 18 years of age)

EUA Covid-19 Vaccine Screening Questionnaire	Yes	No	Don't Know
The following questions will help us determine if you can be vaccinated for the EUA Covid Vaccine today. Your answers to the following questions will help us determine which vaccine is right for you.			
Person receiving vaccine:			
1. Are you feeling sick today?			
2. Have you been diagnosed with Covid-19? If yes, when: _____			
3. If diagnosed with Covid, have you completed your 10 day isolation period?			
4. Have you received an infusion of monoclonal antibodies in the last 90 days? If yes, when: _____			
5. Have you had a severe allergic reaction (e.g., anaphylaxis) to any vaccine or injectable medication?			
6. Do you carry an Epi Pen? Allergy to: _____			
7. Do you have a long-term health problem such as heart disease, lung disease, liver disease, asthma, kidney disease, metabolic disease (e.g., diabetes), anemia or other blood disorder? Circle or Other: _____			
8. Do you have cancer, leukemia, HIV/AIDS, rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, Crohn's disease, or any other immune system problem? _____ or Circle above.			
9. Do you take blood thinners?			
10. Have you had dose #1 of the EUA Covid Vaccine? If yes, which manufacturer? (circle) Moderna or Pfizer			
11. Have you received any other vaccine in the last 14 days? or do you plan to receive one in the next 14 days?			
12. Are you pregnant or could you become pregnant within the next month? Breastfeeding?			
13. Have you ever had Guillain-Barre Syndrome (a type of temporary severe muscle weakness)?			
I have received and read EUA COVID 19 Vaccine Screening Form for Contraindications and Precautions. (initials)-			
I consent to a 15 minute period of observation (or 30 minutes if had severe allergic reactions [e.g., anaphylaxis] in the past) after receiving the EUA Covid 19 Vaccination. (initials)-			
I consent to return for the second dose of the vaccine within the appropriate timeframe. (initials)-			
I have been informed of the vaccine associated risks with breastfeeding and pregnancy. (N/A if doesn't apply to you) (initials)-			
NURSE USE ONLY Site of injection: <input type="checkbox"/> left deltoid <input type="checkbox"/> right deltoid			
RN Signature: _____ Date _____			



DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE NEVADA

FORMA DE CONSENTIMIENTO DE INMUNIZACIÓN EUA COVID-19

Manufacturer: (Circle) MODERNA PFIZER

Lot # & Expiration: _____

Manufacture Date: _____

Dose #1 Dose #2

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____
MM / DD / YY

Dirección: _____

Género: _____ Edad: _____

Teléfono: _____

Nombre de la madre: _____

El Departamento de Salud Pública del Condado de Nevada requiere que obtengamos los siguientes datos demográficos. Esta información es confidencial y nos permite ofrecer servicios de calidad.

Selecciona una o más:

Race

Nativo de Alaska o American Indian Blanco o Hispano

Asiática Más de uno raza

Negro o Afroamericano Otra raza

Nativo de Hawaii o Islas del Pacífico Declinado declarar

Elija uno:

Ethnic Group

Hispano

No-Hispanos

Desconocido

Elija uno:

Language

Inglés

Español

Indio (Hindi & Tamil)

Otro

¿Tiene el paciente seguro de salud? No Sí: Medi-Cal Medicare Seguro comercial

He leído, o me han explicado la información en este documento acerca del Covid-19 y la vacuna del COVID-19. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y me contestaron satisfactoriamente. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna, y quiero que me la pongan a mí o a la persona descrita abajo por quien tengo autorización de hacer esta petición. Entiendo que el Departamento de Salud del Condado de Nevada registra información de vacunas en el registro de vacunas de California (CAIR). Reconozco que he recibido una copia de la nota de prácticas de privacidad del Condado de Nevada. Por medio de la presente autorizo al Departamento de Salud del Condado de Nevada divulgar esta información a mi proveedor de servicios médicos designado(s), escuela(s), y con mi permiso verbal, a mí mismo.

Firma: _____

Fecha: _____

Paciente (Padre o tutor si es menor de 18 años)

Cuestionario para la vacuna del EUA COVID-19			
Las siguientes preguntas nos ayudarán a decidir si Ud. puede recibir la vacuna hoy. Sus respuestas nos ayudarán decidir cuál vacuna es la mejor para usted.	Sí	No	No se
Vacuna que recibe la persona			
1. ¿Se siente enfermo hoy?			
2. Le han diagnosticado COVID-19? Si afirmativo, en que fecha: _____			
3. Si le diagnosticaron COVID-19, ha completado los 10 días de aislamiento?			
4. En los últimos 90 días, ha recibido una infusión de anticuerpos monoclonales? Si afirmativo, en que fecha: _____			
5. ¿Le ha dado alguna vez una reacción alérgica severa (e.g. anafilaxia) a una vacuna o a una inyección de alguna medicina?			
6. ¿Lleva Ud. un Epi-Pen? Alergia a: _____			
7. ¿Tiene Ud. problemas crónicos de salud como por ejemplo enfermedades del corazón, de los pulmones, del hígado, asma, enfermedad del riñón, enfermedades metabólicas como la diabetes, anemia o problemas de la sangre? Ponga un círculo alrededor de la enfermedad que tenga. Otra: _____			
8. ¿Tiene Ud. cáncer, leucemia, VIS/SIDA, artritis reumática, espondilo artritis anquilosante, enfermedad de Crohn o alguna otra enfermedad del sistema de inmunidad? _____ o ponga un círculo alrededor de la enfermedad que tenga.			
9. ¿Toma Ud. anticoagulantes para la sangre?			
10. ¿Recibió anteriormente la primera dosis de la vacuna para el COVID-19? Si la respuesta es afirmativa, ponga un círculo alrededor de la marca de la vacuna que recibió: Moderna o Pfizer			
11. ¿Recibió Ud. alguna otra vacuna en los últimos 14 días? ¿Tiene planes para recibir alguna vacuna en los 14 días que vienen?			
12. ¿Está embarazada o puede quedar embarazada en los próximos 30 días?			
13. ¿Ha tenido el síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular temporal muy severo)?			
He recibido y leído el formulario con preguntas acerca de las contraindicaciones y precauciones para la vacuna EUA COVID-19			
Estoy de acuerdo con un periodo de observación de 15 minutos (o de 30 minutos si en el pasado tuve una reacción alérgica severa como es la anafilaxia) después de haber recibido la vacuna EUA Covid-19. (iniciales)-			
Doy mi consentimiento para regresar por la segunda dosis de la vacuna dentro del periodo apropiado. (iniciales)-			
Me han informado de los riesgos asociados con la vacuna si estoy dando de pecho o estoy embarazada. (N/A si no aplica) (iniciales)-			
NURSE USE ONLY Site of injection: <input type="checkbox"/> left deltoid <input type="checkbox"/> right deltoid			
RN Signature: _____ Date: _____			