



# Immunization Clinic Information COVID Consent Form

Office Use Only  
CA/CK

Thank you for attending the Weber-Morgan Health Department COVID-19 Immunization Clinic. We appreciate you getting the COVID-19 vaccine as it is important to our community. At this time, we will recommend that you wear a mask in public and follow other safety precautions even after completing the COVID-19 vaccine series.

- **Please read the vaccine information statements provided below.** They will answer questions you may have regarding the vaccine.
  - **Moderna COVID-19 Vaccine:** <https://www.modernatx.com/covid19vaccine-eua/eua-fact-sheet-recipients.pdf>
  - **Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine:** <https://www.fda.gov/media/144414/download>

## WEBER-MORGAN HEALTH DEPARTMENT COVID Permission Form

Please fill out the following information for the person receiving the vaccine.

Legal First and Last Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Maiden Name: \_\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ ZIP Code: \_\_\_\_\_

Telephone #: \_\_\_\_\_ Cell Phone #: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Race: \_\_\_\_\_ Ethnicity: \_\_\_\_\_

I have been given a copy and have read, or had explained to me, the information contained in the Vaccine Information Statement for the person receiving the vaccine(s). I understand the benefits and risks of the vaccine(s) and request that the vaccine(s) be given to me or the person for whom I am authorized to make this request. I agree that this information may be shared with schools, daycare centers, healthcare providers and others when medically necessary. I understand that it is my responsibility to know what my insurance plan covers and agree to pay the portion not covered by my insurance. I understand that if Weber-Morgan Health Department does not have a contract with my insurance company, or my insurance company denies payment, I am responsible for all charges incurred. I am hereby notified that the Weber-Morgan Health Department's Notice of Privacy Practices is located on their web site at [www.webermorganhealth.org](http://www.webermorganhealth.org) and I have had a chance to ask questions about how my public health information will be used.

### Has the person receiving the vaccine:

- been ill in the last week with anything more severe than a cold?  No  Yes
- had a serious reaction to a previous vaccination?  No  Yes
- had a serious allergy to any foods or medications?  No  Yes

If yes, please list: \_\_\_\_\_

- had any vaccines in the last two weeks?  No  Yes
- have you been sick with COVID-19 in the last 90 days?  No  Yes

If yes, did you receive convalescent plasma or monoclonal antibody treatment?  No  Yes

- (For Females) are you pregnant or breastfeeding?  No  Yes
- Is this your first or second dose of the COVID-19 Vaccine?  1<sup>st</sup> dose  2<sup>nd</sup> dose\*

If this is your 2<sup>nd</sup> dose, Dose #1 Date: \_\_\_\_\_ Dose #1 Brand: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian/Client Signature: \_\_\_\_\_

\*\*\* Space below for Office Use Only\*\*\*

<b>Vaccine Given:</b>	<b>Site:</b>	<b>Date:</b> _____
<input type="checkbox"/> Moderna COVID _____ 0.5 cc	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Del/Thigh	<b>Vaccinator's Signature:</b> _____
<input type="checkbox"/> Pfizer COVID _____ 0.3 cc	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Del/Thigh	

Notes: \_\_\_\_\_



## Información de la Clínica de Inmunización Formulario de consentimiento informado para la COVID-19

SOLO PARA USO INTERNO  
CA/CK

Gracias por asistir a la Clínica de Inmunización contra la COVID-19 del Departamento de Salud de Weber-Morgan. Por la seguridad suya y de otros, permanezca dentro de su vehículo y respete las señales y a quienes dirigen el tránsito.

- **Lea la declaración de información sobre la vacuna que se muestra abajo.** Responderá las preguntas que pueda tener sobre la vacuna.
- **Vacuna contra la COVID-19 de Moderna:** <https://www.modernatx.com/covid19vaccine-eua/eua-fact-sheet-recipients.pdf>
- **Vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech:** <https://www.fda.gov/media/144414/download>

### DEPARTAMENTO DE SALUD DE WEBER-MORGAN Formulario de autorización para la vacuna contra la COVID-19

*Complete la siguiente información para la persona que recibe la vacuna.*

Nombre y apellido legítimos: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Apellido de soltera (si corresponde): \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_ Origen étnico: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Me han dado una copia y he leído, o se me ha explicado, la información contenida en la Declaración de información sobre la vacuna para la persona que recibe la(s) vacuna(s). Comprendo los riesgos y beneficios de la(s) vacuna(s) y solicito que la(s) vacuna(s) sea(n) administrada(s) a mí o a la persona para la cual estoy autorizado a presentar esta solicitud. Estoy de acuerdo en que esta información pueda compartirse con escuelas, guarderías infantiles, proveedores de atención médica y otros cuando sea necesario desde el punto de vista médico. Comprendo que es mi responsabilidad saber lo que cubre mi plan de seguro médico y estoy de acuerdo en pagar la parte que no se cubra. Entiendo que si el Departamento de Salud de Weber-Morgan no tiene un contrato con mi compañía aseguradora, o si la compañía aseguradora niega el pago, soy responsable de todos los gastos efectuados. Por la presente, se me notifica que el Aviso sobre las prácticas de privacidad del Departamento de Salud de Weber-Morgan se encuentra en su sitio web en [www.webermorganhealth.org](http://www.webermorganhealth.org), y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre cómo se utilizará mi información de salud pública.

La persona que recibe la vacuna:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| 1. ¿estuvo enferma durante la última semana con algo más grave que un resfriado?                     | <input type="checkbox"/> No              | <input type="checkbox"/> Sí              |
| 2. ¿tuvo una reacción grave a vacunas anteriores?  | <input type="checkbox"/> No              | <input type="checkbox"/> Sí              |
| 3. ¿tuvo una alergia grave a algunos alimentos o medicamentos?                                       | <input type="checkbox"/> No              | <input type="checkbox"/> Sí              |
| Si la respuesta es "Sí", especifique: _____  |  |  |
| 4. ¿se colocó alguna vacuna en las últimas dos semanas?  | <input type="checkbox"/> No              | <input type="checkbox"/> Sí              |
| 5. ¿Ha estado enfermo con COVID-19 en los últimos 90 días?   | <input type="checkbox"/> No              | <input type="checkbox"/> Sí              |
| Si la respuesta es "Sí", recibió plasma de convaleciente o tratamiento con anticuerpos monoclonales? |  |  |
|  | <input type="checkbox"/> No              | <input type="checkbox"/> Sí              |
| 6. si es mujer, ¿se encuentra embarazada o amamantando?  | <input type="checkbox"/> No              | <input type="checkbox"/> Sí              |
| 7. ¿Es esta su primera o su segunda dosis de la vacuna contra la COVID-19?                           | <input type="checkbox"/> 1. <sup>a</sup> | <input type="checkbox"/> 2. <sup>a</sup> |

Si esta es su 2.<sup>a</sup> dosis, fecha de la dosis n.º 1: \_\_\_\_\_ Marca de la dosis n.º 1: \_\_\_\_\_

**Firma del padre/tutor/cliente:** \_\_\_\_\_

\*\*\* Space Below for Office Only\*\*\*

<b>Vaccine Given:</b>	<b>Site:</b>	<b>Date:</b> _____
<input type="checkbox"/> Moderna COVID-19 _____ 0.5 cc	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Del/Thigh	<b>Vaccinator's Signature:</b> _____
<input type="checkbox"/> Pfizer COVID-19 _____ 0.3 cc	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Del/Thigh	

Notes: \_\_\_\_\_