



COVID-19 Vaccine Consent Form (English)

**Complete the following for the person who is being vaccinated:**

Patient Name: First _____ Middle _____ Last _____
 Phone: (____) _____ Birth Date: ____ Month/ ____ Day/ ____ Year Age Today: ____ Sex: F M Other
 Mailing Address: _____ City/State/Zip Code: _____
 Parent/Guardian Full Name: _____ Mothers Maiden Name: _____

Insurance Status (Check one box only) * Insurance/Medicaid # is required if you are insured!

Insured: Insurance Company: _____ Claim Address: _____
 Policy/Member ID #: _____ Group # (if one applies): _____
 Policy Holder Name: _____ Policy Holder Relationship to Patient: _____
 Policy Holder Birth Date: ____/____/____ Social Security Number: ____-____-____
 *If this section is incomplete, you may be billed for full cost of vaccine and administration fee.

Medicaid / NV Check Up #: _____ Uninsured (*If possible, attach \$20 payment)

Is/has the person receiving the COVID-19 vaccine:

1. Feeling sick today? If yes, what are their symptoms?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
2. Ever received COVID-19 vaccine before? If yes, which vaccine (e.g., Pfizer, Moderna, etc.)?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
3. Have any allergies, such as medications, foods, a vaccine component, or latex? If yes, list what allergies:	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
4. Ever had a severe allergic reaction (e.g., anaphylaxis) to something? For example, a reaction for which you were treated with epinephrine or EpiPen® or that you had to go to the hospital?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
5. Ever had a serious reaction to a vaccine in the past? If yes, please explain:	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
6. Ever had Guillain-Barre Syndrome in the past?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
7. Ever received passive antibody therapy (monoclonal antibodies or convalescent serum) as treatment for COVID-19?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
8. Received any vaccine within the last 14 days?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
9. Have a weakened immune system (e.g., HIV infection, cancer, or other condition) or take immunosuppressive drugs or therapies?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
10. Have a bleeding disorder or taking a blood thinner?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
11. Pregnant or breastfeeding?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO

READ AND SIGN:

- I have received and understand the vaccine information statement(s) and I have had the opportunity to ask questions for the immunization(s) to be administered to me or the person named above, for whom I am authorized to make this request.
- I agree to allow my immunization information, or the person named above, for whom I am authorized to make this request, to be stored and accessed by authorized users in "Nevada's WebIZ" computer system unless I indicate otherwise.
- In the event of needlestick injury or exposure to blood or bodily fluids, I also agree to have my blood tested for bloodborne bacteria or viruses that may result in disease, or the person named above, for whom I am authorized to make this request.

By signing this document, I declare that the above information is true and accurate to the best of my knowledge. I authorize Carson City Health and Human Services (CCHHS) to bill my insurance carrier for services received by myself or my dependents. I authorize insurance reimbursement to be paid directly to CCHHS. I am responsible for any outstanding balance on my account or account(s) of my dependent(s). I authorize the release of any medical or other information necessary to process insurance claims and I agree to allow my medical records to be shared within CCHHS programs.

To view the Notice of Privacy Practices and Vaccine Information Sheet, please scan the QR code or visit our website:
<http://www.gethealthycarsoncity.org/CommunityCOVID>



Signature: _____ Date: _____
 Parent/Guardian signature required if under 18 years old

CCHHS is required to ask the following questions according to federal and/or state law: NRS.449.104 effective January 1, 2020

Race (Check all that apply) Choose not to disclose
 White Black/African American Pacific Islander American Indian/Alaskan Native Asian Other

Ethnicity (Check one box) <input type="checkbox"/> Choose not to disclose <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic/Latino	Birth Sex (Check one box) <input type="checkbox"/> Choose not to disclose <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Other
Gender Identity (Check one box) <input type="checkbox"/> Choose not to disclose <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Genderqueer <input type="checkbox"/> Female-to-male/Transgender male/Trans man <input type="checkbox"/> Male-to-female/Transgender female/Trans woman <input type="checkbox"/> Additional gender category or other, please describe: _____	Preferred Pronouns (Check one box) <input type="checkbox"/> Choose not to disclose <input type="checkbox"/> She/her/hers <input type="checkbox"/> He/him/his <input type="checkbox"/> They/them/theirs <input type="checkbox"/> Additional pronoun category or other, please describe: _____

Sexual Orientation (Check one box): Choose not to disclose
 Straight or heterosexual Bisexual Gay, Lesbian, or homosexual Other Do not know

CLINIC USE ONLY – DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

Administered by: _____ Credential: _____ Date: ____/____/____ RD LD OTHER
 Amount \$: _____ Received by: _____ Cash Check Check #: _____
 \$ Reconciliation by and Date: _____ Scan by and Date: _____ Charted by and Date: _____

Complete lo siguiente para la persona que está siendo vacunada:

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____
 Teléfono: (____) _____ Fecha de Nacimiento: ____ Mes/ ____ Día/ ____ Año Edad de Hoy: ____ Sexo: F M Otro
 Dirección: _____ Cuidad/Estado/Código Postal: _____

Si el paciente es menor de 18 años, escriba el nombre completo de Padre / Guardián: _____

Clasificación de la cobertura médica (Marque sólo una casilla) * ¡Se requiere número de seguro/Medicaid si está asegurado!

Seguro Médico Privado Nombre de la compañía de seguro Médico: _____
 Número de identificación de seguro Médico: _____ Nombre de Grupo (si se aplica): _____
 Nombre de la Persona Primaria: _____ Relación del asegurado con la paciente _____
 Fecha de Nacimiento de la Persona Primaria: ____/____/____ Numero de Seguro Social: ____-____-____

*Si esta sección no está completa, se le puede facturar el costo total de la vacuna y la tarifa de administración.

Medicaid / NV Check Up #: _____ No tiene seguro Médico (*Si es posible, incluya el pago de \$20)

Preguntas para la persona que recibe las vacuna(s) hoy:

1. ¿Está enfermo (a)? Si contesto si, ¿cuáles son sus síntomas?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
2. ¿Ha sido vacunado (a) contra COVID-19 en el pasado? Si contesto si, ¿qué producto de vacuna (Pfizer, Moderna, etc.)?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
3. ¿Tiene alguna alergia? Si contesto si, liste sus alergias:	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
4. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a algo? Por ejemplo, ¿una reacción por la que fue tratado epinefrina o EpiPen® por cual tuvo que ir al hospital?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
5. ¿Ha tenido alguna reacción seria con alguna vacuna en el pasado? Si contesto sí, por favor explique:	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
6. ¿Ha tenido el síndrome de Guillain-Barre en el pasado?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
7. ¿Recibió terapia con anticuerpos pasivos (anticuerpos monoclonales o suero de convalecencia) como tratamiento para COVID-19?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
8. ¿Recibió una vacuna en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
9. ¿Tiene un sistema inmunológico debilitado (es decir, infección por VIH, cáncer u otras afecciones) o toma medicamentos inmunosupresores o terapias?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
10. ¿Tiene algún trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
11. ¿Estás embarazada o amamantando?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

LEA Y FIRME:

- He recibido y entiendo la (s) declaración (es) de información de la vacuna y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la (s) inmunización (s) que se me administrarán a mí o a la persona mencionada anteriormente, para la cual estoy autorizado a realizar esta solicitud.
- Acepto permitir que mi información de vacunación o la de la persona nombrada anteriormente, para la cual estoy autorizado a realizar esta solicitud, sean almacenados y accedidos por usuarios autorizados en el sistema informático "Nevada's WebIZ" a menos que yo indique lo contrario.
- En caso de lesión por pinchazo de aguja o exposición a sangre o fluidos corporales, también acepto que mi sangre se analice para detectar bacterias o virus transmitidos por la sangre que pueden provocar una enfermedad, o la persona mencionada anteriormente, para quien estoy autorizado a realizar esta solicitud.

Al firmar este documento, declaro que la información anterior es verdadera y precisa a mi entender. Autorizo a Carson City Health and Human Services (CCHHS) a cobrar a mi compañía de seguro por los servicios recibidos por mí o por mis dependientes. Autorizo que el reembolso del seguro se pague directamente a CCHHS. Soy responsable de cualquier saldo pendiente en mi cuenta o cuenta (s) de mi (s) dependiente (s). Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para procesar reclamaciones de seguros y acepto permitir que mis registros médicos se compartan dentro de los programas de CCHHS.

Para ver el Aviso Sobre Practicas de Privacidad y Declaración de Información de la Vacuna, escanee el código QR o visite nuestro sitio web: <http://www.gethealthycarsoncity.org/CommunityCOVID>



Firma: _____ Fecha: _____

Se requiere la firma de los padres/guardián para menores de 18 años

Se requiere que CCHHS haga las siguientes preguntas de acuerdo con la ley federal y/o estatal: NRS.449.104 efectivo Enero 1, 2020

Raza (marque todo lo que corresponda) Elige no identificarse
 Caucásico Afro-Americano Asiático Americano Nativo Isleño del Pacifico Otro

Etnicidad (Marque una casilla) Elige no identificarse Sexo al Nacimiento (Marque una casilla) Elige no identificarse
 Hispano/Latino No Hispano/Latino Femenino Masculino Otro

Identidad de Género (Marque una casilla) Elige no identificarse Pronombre Personales (Marque una casilla) Elige no identificarse
 Femenino Masculino Genderqueer Ella/ellas
 Mujer a hombre/Hombre transgénero/Hombre trans El/ellos
 Hombre a mujer/Mujer transgénero/Mujer trans Elle/Ellx
 Categoría de genero adicional u otra, por favor describa: _____ Categoría adicional u otra, por favor describa: _____

Orientación Sexual (Marque una casilla) Elige no identificarse Heterosexual Bisexual Gay, Lesbiana, o homosexual Otro No lo sé

USO EXCLUSIVO DE LA CLINICA – NO MARQUE DESPUES DE ESTA LINEA

Administered by: _____ Credential: _____ Date: ____/____/____ RD LD OTHER
 Amount \$: _____ Received by: _____ Cash Check Check #: _____
 \$ Reconciliation by and Date: _____ Scan by and Date: _____ Charted by and Date: _____