COVID-19 VACCINE CONSENT FORM

Hood River County Health Department
1109 June Street, Hood River OR 97031

Last Name: _____ _____ **First Name:** _____ **MI:** _____ _____

DOB: _____/_____/_____ **Age:** _____ **Email:** _____

Address: _____ **City:** _____ **Zip:** _____

Phone: _____ **Male:** __ **Female:** __ **Are you a Veteran** ____Yes ____ No

Race (check all that apply): __ American Indian/Alaskan Native __ Asian __ White __Other ____ African American/Black

__ Native Hawaiian/Pacific Islander **Ethnicity: Hispanic?** ___Yes ____No ____Unknown ____Decline

Name of Insurance Plan: _____ **Member ID:** _____ **Group Number:** _____

Insured's Name (if different than above): _____ **DOB:** _____/_____/_____

COVID-19 VACCINATION SCREENING

1.	Do you have a fever today or are you feeling ill? Are you in Quarantine as a close contact to someone with Covid?	Yes ☐	No ☐
2.	Have you ever received a dose of COVID-19 vaccine? If yes, which vaccine product? Johnson & Johnson Moderna Pfizer Another product _____	Yes ☐	No ☐
3.	Have you ever had a severe allergic reaction (e.g., anaphylaxis) to any other vaccine or injectable therapy? For example, a reaction for which you were treated with epinephrine or EpiPen®, or for which you had to go to the hospital?	Yes ☐	No ☐
4.	Was the severe allergic reaction after receiving a COVID-19 vaccine?	Yes ☐	No ☐
5.	Was the severe allergic reaction after receiving another vaccine or another injectable medication?	Yes ☐	No ☐
6.	Have you received monoclonal antibody therapy within the past 90 days?	Yes ☐	No ☐
7.	Have you had a positive test for COVID-19 or has a doctor ever told you that you had COVID-19?	Yes ☐	No ☐
8.	Do you have a weakened immune system caused by something such as HIV infection or cancer or do you take? immunosuppressive drugs or therapies?	Yes ☐	No ☐
9.	Do you have a bleeding disorder or are you taking a blood thinner?	Yes ☐	No ☐
10.	Are you pregnant or breastfeeding?	Yes ☐	No ☐

I have received this clinic's HIPAA Notice Of Privacy Practices information sheet.

I have received and read the EMERGENCY USE AUTHORIZATION (EUA) on the COVID-19 Vaccine to be given. I am aware that some people may experience physical responses to the injection, such as (but not limited to) injection site pain, light-headedness, or fainting. I understand the benefits and risks and request that the vaccine be given to me or to the person named above for whom I am authorized to make this request.

I allow the release of any information needed to process insurance claims and request payment of medical benefits. I have given a copy of my current insurance card. I also allow the Oregon Department of Human Services to use and release this information to bill for received vaccines.

Client/Parent Signature: _____ Date: _____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA CONTRA COVID-19

Hood River County Health Department

Apellido: _____ **Nombre:** _____ **Inicial:** _____ **Edad:** _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Código Postal:** _____

Tel: _____ **Masculino:** __ **Femenino:** __ **Fecha de Nacimiento:** ___/___/____

Es usted Veterano __**Sí** __**No** **Correo electrónico:** _____

Raza (marque lo que aplique): __ **Indio Americano Nativo de Alaska** __ **Asiático** __ **Blanco** __**Otro** __ **Afroamericano/Negro** __ **Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico**

Etnicidad: ¿Hispano? __ **Sí** __ **No** __ **Desconocido** __ **Reusarse**

Nombre de Aseguranza: _____ **Aseguranza ID:** _____ **Grupo:** _____

Portador de Aseguranza: _____**Fecha de Nacimiento:** _____/____/____

EVALUACIÓN DE LA VACUNACIÓN DEL COVID-19

1.	**¿Tiene fiebre hoy o se siente enfermo? Está en Cuarentena como contacto cercano con alguien con Covid?**	**Sí** ☐	**No** ☐
2.	**¿Ha recibido una dosis de la vacuna contra el COVID-19? Si es así, ¿qué marca (producto) de vacuna? Johnson & Johnson Moderna Pfizer Otra _____**	**Sí** ☐	**No** ☐
3.	**¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica severa (por eje anafilaxia) o cualquier otra vacuna o terapia inyectable? Por ejemplo, una reacción por la cual recibió tratamiento con Epinefrina o EpiPen®, ¿o por la cual haya tenido que ir al hospital?**	**Sí** ☐	**No** ☐
4.	**¿Fue la reacción alérgica severa después de recibir la vacuna contra el COVID-19?**	**Sí** ☐	**No** ☐
5.	**¿Fue la reacción alérgica severa después de recibir otra vacuna u otro medicamento inyectable?**	**Sí** ☐	**No** ☐
6.	**¿Ha recibido terapia con anticuerpos monoclonales en los últimos 90 días?**	**Sí** ☐	**No** ☐
7.	**¿Ha dado positivo a una prueba de COVID-19 o un médico le ha dicho alguna vez que tenía COVID-19?**	**Sí** ☐	**No** ☐
8.	**¿Tiene un sistema inmunológico debilitado causado por algo como una infección por VIH o cáncer o toma medicamentos o terapias inmunosupresoras?**	**Sí** ☐	**No** ☐
9.	**¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante?**	**Sí** ☐	**No** ☐
10.	**¿Está embarazada o amamantando?**	**Sí** ☐	**No** ☐

He recibido la hoja informativa del Aviso de Prácticas de Privacidad (HIPAA) de esta clínica.
He recibido y leído la AUTORIZACIÓN DE USO DE EMERGENCIA (EUA) en la vacuna contra el COVID-19 que se administrará. Soy consciente de que algunas personas pueden experimentar reacciones físicas a la inyección; tales como (pero no limitado a) dolor en el lugar de la inyección, mareos o desmayos. Entiendo los beneficios y riesgos y solicito que se me administre la vacuna a mí o a la persona nombrada anteriormente por quien estoy autorizado a realizar esta solicitud.

Permito que se de toda la información necesaria para someter los cobros de aseguranza y requerir pago de beneficios médicos. Les he dado copia de mi aseguranza actual. También le permito al Departamento de Servicios Humanos de Oregon que use y de esta información para cobro de las vacunas recibidas.

Firma del Cliente / Padre: _____ Fecha: _____