Immunization Consent Form

INFORMATION AND CONSENT FORM

PIMA COUNTY
HEALTH DEPARTMENT

NAME (Last)	(First)	Date of Birth:	Age:
ADDRESS			
CITY	**STATE**	**ZIP**	**DAYTIME PHONE NUMBER**
EMERGENCY CONTACT: **Name**	**Relation**	**Phone Number**	

Race: (check only 1)	**Ethnicity:**	**Primary Language:**	**Gender:**
☐ Asian/Polynesian ☐ Black ☐ Multiracial ☐ Native Am/Alaskan ☐ White ☐ Unknown	☐ Not Hispanic ☐ Hispanic ☐ Unknown	☐ English ☐ Other _____	☐ Male ☐ Female ☐ Other

Office Use Only	ASIIS Checked:	Insurance checked:	Immunization Record:

Please answer the health questions below:	**Yes**	**No**	**Do Not Know**
1. Are you feeling sick today?			
2. Have you ever received a dose of COVID-19 vaccine? *If yes, which vaccine product and the date administered: ☐ Pfizer _____ ☐ Moderna _____ ☐ Another Product _____			
3. Have you 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 for which you had to go to the hospital?			
*Was the severe reaction after receiving a COVID-19 vaccine?			
*Was the severe reaction after receiving another vaccine or another injectable medication?			
*Was the severe reaction to other medication or food? If so what?			
4. Have you ever had a history of fainting, seizures or convulsions?			
5. Have you received passive antibody therapy (monoclonal antibodies or convalescent serum) astreatment for COVID-19, or blood products including gamma globulin in the last year?			
6. Do you have a weakened immune system caused by something such as HIV infection or cancer or do you take immunosuppressive drugs or therapies?			
7. Do you have a bleeding disorder or are you taking a blood thinner?			
8. Are you pregnant or breastfeeding?			
9. Do you have a history of Guillain-Barre Syndrome?			

I have been given a copy of the Vaccine Informaton Statements and have read the Emergency Use Authorization (EUA) and reviewed the FDA Fact Sheet forRecipients and Caregivers https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/eua/index.html prior to receiving the COVID- 19 vaccine. I have had the chance to ask questions that were answered to my satisfaction. I understand the benefits and risks of the vaccine indicated and ask that it be given to me or the person named for whom I am authorized to make this request.

I agree to release information about all of these vaccinations to the Arizona State Immunization System (ASIIS), other health care providers, AHCCCS, insurance carriers, any personal health coverage plans, childcare centers and schools in order to avoid receiving unnecessary vaccinations, provide information about what vaccinations have been received and for billing purposes. I understand that I am not required to agree to the release of this information in order to receive the vaccinations I request. I acknowledge receipt of the "Notice of Privacy Practices" and "Patient Rights".

Assignments of Benefits: I hereby assign to Pima County Health Department any insurance or other third-party benefits available for health care services provided to me. I understand that Pima County Health Department has the right to refuse or accept assignment of such benefits. If these benefits are not assigned to Pima County Health Department, I agree to forward the Pima County Health Department all health insurance and other third-party payments I receive for services rendered to me immediately upon receipt.

My signature acknowledges that I was advised to remain on site for 15 minutes after receiving the vaccine. Those with previous anaphylactic reactions should stay for 30 minutes.

VAX FACT SHEETS

_____	_____	X _____
Date	**Print Name**	**Patient or Parent/Guardian Signature**

Consentimiento de Vacunación

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

PIMA COUNTY HEALTH DEPARTMENT

APELLIDO	NOMBRE	Fecha de nacimiento:	Edad:
DIRECCIÓN			
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO DE CONTACTO DURANTE EL DÍA
CONTACTO PARA EMERGENCIAS	Nombre	Parentesco	Teléfono

Raza: (seleccione sólo uno)	**Grupo étnico:** (seleccione sólo uno)	**Idioma principal:**	**Sexo:**
☐ Asiático o polinesio ☐ Negro ☐ Multirracial ☐ Indígena Americano / Alaska ☐ Blanco ☐ No Sabe	☐ No hispano ☐ Hispano ☐ No sabe	☐ Inglés ☐ Otro _____	☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro

Para uso de oficina solamente:	ASIIS Checked:	Insurance checked:	Immunization Record:

Responda a estas preguntas sobre su salud:	Si	No	No sabe
1. ¿Se siente enfermo hoy?			
2. ¿Ha recibido alguna dosis de la vacuna contra el Covid-19? *Si responde sí, ¿qué vacuna recibió y en qué fecha?: ☐ Pfizer _____ ☐ Moderna _____ ☐ Otra _____			
3. ¿Ha tenido alguna reacción alérgica grave (como anafilaxia); por ejemplo, una reacción que debió ser tratado con epinefrina o una EpiPen, o por la que tuvo que ir al hospital?			
*¿La reacción grave fue después de recibir una vacuna contra el Covid-19?			
*¿La reacción grave fue después de recibir otra vacuna o un medicamento inyectable?			
*¿La reacción severa se dio por otro medicamento o comida? ¿Si sí, cuales?			
4. ¿Tiene historial de desmayos o convulsiones?			
5. ¿Ha recibido terapia de anticuerpos pasiva (anticuerpos monoclonales o suero convaleciente) como tratamiento para el COVID-19, o productos sanguíneos, incluyendo gammaglobulina en el último año?			
6. ¿Tiene un sistema inmunitario debilitado por cáncer o por una infección porHIV, toma medicamentos inmunosupresores o recibe terapias inmunosupresoras?			
7. ¿Tiene problemas de coagulación o está tomando algún medicamento anticoagulante?			
8. ¿Está embarazada o amamantando?			
9. ¿Tiene historial de síndrome de Guillain-Barré?			

Se me ha entregado una copia de las Declaraciones de Información de Vacunas y he leído la Autorización en Uso de Emergencias (EUA) y he revisado la hoja de datos de la FDA para cuidadores y destinarios https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/eua/index.html antes de recibir la vacuna contra el COVID-19. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fue fueron contestadas y quedé satisfecho con la respuesta. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna indicada y pido que se me suministre a mi o a la persona por la cual estoy autorizado hacer este pedido.

Concuerdo liberar la información sobre estas vacunas al Sistema de Inmunizaciones del Estado de Arizona (ASIIS), otros proveedores de salud, AHCCCS, compañías de seguro, cualquier plan de cobertura personal, centros de cuidado infantil y escuelas, para evitar recibir vacunas innecesarias, proveer información sobre cuales vacunas se le han dado y para propósitos de facturación. Tengo entendido que no estoy obligado a estar de acuerdo con la liberación de esta información para poder recibir las vacunas que he solicitado. Atestiguo haber recibido el "Aviso de Prácticas de Privacidad" y "Derechos del Paciente".

Asignaciones de Beneficios: Asigno al Departamento de Salud del Condado Pima cualquier seguro u otros beneficios de terceros, disponibles por los servicios de atención médica que se me brindaron. Tengo entendido que el Departamento de Salud del Condado Pima tienen el derecho de rechazar o aceptar la asignación de dichos beneficios. Si estos beneficios no se asignan al Departamento de Salud del Condado Pima, acepto enviarle al Departamento de Salud todos los pagos de seguro médico y otros pagos de terceros que reciba por los servicios que se me dieron, inmediatamente después de recibirlos.

Mi firma atestigua que se me recomendó permanecer en el sitio de vacunas por 15 minutos después de haber sido vacunado. Personas que tengan historial de reacciones anafilácticas deberían de permanecer por 30 minutos.

VAX FACT SHEETS

_____	_____	X _____
Fecha	**Nombre en letra de imprenta**	**Firma del paciente o padre/tutor**