

**Please write legibly / Por favor escriba de forma legible**  
**English - Front      Espanol - Espalda**

**LOVELACE FAMILY MEDICINE COVID-19 VACCINE CONSENT FORM**

**A NEW FORM MUST BE COMPLETED FOR EACH DOSE**

FIRST NAME: (name must match insurance card)	MIDDLE NAME/INITIAL:	LAST NAME: (name must match insurance card)	AGE
DATE OF BIRTH:	GENDER	RACE/ETHNICITY:	
SOCIAL SECURITY #	ADDRESS		
CITY	COUNTY	STATE	ZIPCODE
PHONE	EMAIL		
INSURANCE COMPANY	POLICY # / MEMBER ID		NO INSURANCE
GUARANTOR / POLICY HOLDER'S NAME	GUARANTOR / POLICY HOLDER'S DATE OF BIRTH		
WHICH COVID-19 VACCINE ARE YOU REQUESTING TODAY?	PFIZER	MODERNA	DOSE #1    DOSE #2    BOOSTER
DO YOU HAVE A FEVER OR ARE YOU FEELING SICK TODAY?	YES	NO	
HAVE YOU EVER HAD AN ALLERGIC REACTION THAT REQUIRED TREATMENT WITH AN EPIPEN OR THAT CAUSED YOU TO GO TO THE HOSPITAL?			YES    NO
HAVE YOU EVER TESTED POSITIVE FOR COVID-19?	YES	NO	IF YES, WHEN?
HAVE YOU RECEIVED MONOCLONAL ANTIBODIES OR CONVALESCENT PLASMA FOR TREATMENT OF COVID-19? IF YES, YOU SHOULD WAIT 90 DAYS AFTER THE TREATMENT TO VACCINATE.			YES    NO
DO YOU HAVE A WEAKENED IMMUNE SYSTEM OR USE IMMUNOSUPPRESSIVE THERAPIES OR FEEL YOU HAVE HAD AN INADEQUATE RESPONSE TO VACCINATION?			YES    NO
HAVE YOU EVER BEEN DIAGNOSED WITH PERICARDITIS OR MYOCARDITIS OF THE HEART?			YES    NO
ARE YOU PREGNANT OR BREASTFEEDING?	YES	NO	

By signing below, you acknowledge the following:

Information about the vaccine has been made available to you. The vaccine being administered to you is not guaranteed to keep you from getting COVID-19. You may experience an adverse, even unexpected, reaction to it, including, without limitation, all or some of the signs and symptoms listed on the Vaccine Information Sheet. You are making an informed decision to receive the vaccine. You fully release and discharge Lovelace Family Medicine, its affiliates and assigns, and its officers, and employees from any illness, injury, loss, or damage that may result from the administration of the vaccine. You also agree to wait in the vaccination area for 15-30 minutes for monitoring and to receive treatment in case of adverse reactions. Your insurance company will be billed for the administration of the vaccine and any additional services provided in the event of an adverse reaction. Should you experience any symptoms, such as, without limitation, a fever of more than 101.5 F, fatigue, chills, headache, myalgia, or pain at the injection site, please contact your healthcare provider as soon as possible. If it is an emergency, please go to your nearest emergency medical provider if it can be done safely or contact 9-1-1.

I acknowledge that I have had an opportunity to read, understand and ask questions about the vaccine and the COVID-19 Vaccine Fact Sheets/VIS relating to the vaccine I will be receiving and I accept all risks associated with such. I authorize Lovelace Family Medicine to release all information necessary to process my claims and provide the services above.

RECIPIENT SIGNATURE:	DATE:
PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: (if recipient is under 16 years of age)	PARENT/GUARDIAN PRINTED NAME: (if recipient is <16 yrs old)

**FOR STAFF USE ONLY**

<b>Date of Service:</b>	<b>VACCINE INFO STICKER</b>
<b>Vaccine Administered:    PFIZER    MODERNA</b>	
<b>Dose #: (circle) 1st dose / 2nd dose / Additional dose</b>	
<b>Site: (circle) Left Deltoid / Right Deltoid</b>	
<b>Monitor for: 15 minutes / 30 minutes</b>	
<b>Administered by:</b>	<b>Documented by:</b>
	<b>Consent scanned by:</b>
	<b>Linked to Chart #:</b>

**Please write legibly / Por favor escriba de forma legible**  
**English - Front      Espanol - Espalda**

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA COVID-19 DE LOVELACE  
 FAMILY MEDICINE**

**SE DEBE COMPLETAR UN NUEVO FORMULARIO PARA CADA DOSIS**

PRIMERO NOMBRE (LEGAL)	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	EDAD
FECHA DE NACIMIENTO	GENERO	RAZA	
# DE SEGURO SOCIAL	DIRECCION		
CIUDAD	CONDADO	ESTADO	CODIGO POSTAL
TELEFONO	EMAIL		
NOMBRE DE LA COMPANIA DE SEGUROS	NÚMERO DE PÓLIZA / ID DE MIEMBRO		NO TENGO SEGURO
NOMBRE DEL GARANTE / TITULAR DE LA POLÍTICA	FECHA DE NACIMIENTO DEL GARANTE / TITULAR DE LA PÓLIZA		
¿QUÉ VACUNA COVID-19 SOLICITA HOY?	PFIZER	MODERNA	DOSIS #1    DOSIS #2    DOSIS DE REFUERZO
SE SIENTE ENFERMO HOY?	SI	NO	
HA TENIDO ALGUNA VEZ UNA REACION ALERGICA A VACUNA/MEDICINA REQUIRRIENDO EPIPEN O HOSPITALIZACION?		SI	NO
ALGUNA VEZ HAS PROBADO POSITIVO PARA COVID-19?	SI	NO	CUANDO?
HA RECIBIDO ANTICUERPOS MONOCLONALES O PLASMA CONVALESCENTE PARA EL TRATAMIENTO DEL COVID-19?		SI	NO
¿TIENE UN SISTEMA INMUNITARIO DEBILITADO O UTILIZA TERAPIAS INMUNOSUPRESIVAS O SIENTE QUE HA TENIDO UNA RESPUESTA INADECUADA A LA VACUNA?		SI	NO
¿HA SIDO DIAGNOSTICADO ALGUNA VEZ CON PERICARDITIS O MIOCARDITIS DEL CORAZÓN?		SI	NO
ESTAS EMBARAZADA O AMAMANTANDO?	SI	NO	

Al firmar a continuación, reconoce lo siguiente: Se ha puesto a su disposición información sobre la vacuna. No se garantiza que la vacuna que se le administrará evitará que contraiga COVID-19. Puede experimentar una reacción adversa, incluso inesperada, que incluye, entre otros, todos o algunos de los signos y síntomas enumerados en la Hoja de información de la vacuna. Está tomando una decisión informada para recibir la vacuna. Usted libera y libera completamente a Lovelace Family Medicine, sus afiliados y cesionarios, y sus funcionarios y empleados de cualquier enfermedad, lesión, pérdida o daño que pueda resultar de la administración de la vacuna. También acepta esperar en la zona de vacunación durante 15-30 minutos para el seguimiento y recibir tratamiento en caso de reacciones adversas. Se facturará a su compañía de seguros por la administración de la vacuna y cualquier servicio adicional proporcionado en caso de una reacción adversa. Si experimenta algún síntoma, como, entre otros, fiebre de más de 101.5 F, fatiga, escalofríos, dolor de cabeza, mialgia o dolor en el lugar de la inyección, comuníquese con su proveedor de atención médica lo antes posible. Si se trata de una emergencia, diríjase a su proveedor médico de emergencia más cercano si se puede hacer de manera segura o comuníquese con el 9-1-1.

Reconozco que he tenido la oportunidad de leer, comprender y hacer preguntas sobre la vacuna y las Hojas de datos de la vacuna COVID-19 / VIS relacionadas con la vacuna que recibiré y acepto todos los riesgos asociados con esto. Autorizo a Lovelace Family Medicine a divulgar toda la información necesaria para procesar mis reclamos y brindar los servicios mencionados anteriormente.

FIRMA DEL DESTINATARIO / PACIENTE:	FECHA:
------------------------------------	--------

FIRMA DEL PARIENTE / GUARDIAN (SI EL RECIPIENTE TIENE MENOS DE 16 AÑOS)	IMPRIMIR DEL PARIENTE / GUARDIAN:
---	-----------------------------------

<b>FOR STAFF USE ONLY</b>		<b>VACCINE INFO STICKER</b>
<b>Date of Service:</b>		
<b>Vaccine Administered:</b>	PFIZER      MODERNA	
<b>Dose #: (circle)</b>	1st dose / 2nd dose / Additional dose	
<b>Site: (circle)</b>	Left Deltoid / Right Deltoid	
<b>Monitor for:</b>	15 minutes / 30 minutes	
<b>Administered by:</b>	<b>Documented by:</b>	
	<b>Consent scanned by:</b>	
	<b>Linked to Chart #:</b>	