

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)	<u>AGE</u>
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		

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
WHICH COVID-19 VACCINE ARE YOU REQUESTING TODAY?	PFIZER MODERNA
	DOSE #1 #2 Additional Dose

FOR ADDITIONAL DOSES.....

ARE YOU REQUESTING A 3RD DOSE OF THE VACCINE ATLEAST 28 DAYS AFTER YOUR 2ND DOSE AND YOU HAVE AND IMMUNOCOMPROMISING CONDITION OR FEEL YOU HAVE HAD AN INADEQUATE RESPONSE TO VACCINATION?	YES	NO
OR		
ARE YOU REQUESTING A BOOSTER DOSE ATLEAST 6 MONTHS AFTER COMPLETION OF THE INITIAL SERIES (2 OR 3 DOSES) AND ARE 65 YEARS OF AGE OR OLDER, OR YOU ARE 18 YEARS OF AGE OR OLDER AND LIVE IN A LONG TERM CARE SETTING, HAVE AN UNDERLYING MEDICAL CONDITION, OR WORK OR LIVE IN A HIGH RISK SETTING?	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				VACCINE INFO STICKER
Date of Service:				
Administered:	MODERNA	0.25ML	0.5ML	
	PFIZER	10MCG/0.2ML	30MCG/0.3ML	
Dose #:	#1	#2	#3 Booster	
Site:	Left Deltoid	/	Right Deltoid	
Monitor for:	15 minutes	/	30 minutes	
				Administered by:
				Documented by:
				Scanned by:

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 POLITICA	FECHA DE NACIMIENTO DEL GARANTE / TITULAR DE LA PÓLIZA		

SE SIENTE ENFERMO HOY?	SI	NO
HA TENIDO ALGUNA VEZ UNA REACION ALERGICA A VACUNA/MEDICINA REQUIRIENDO 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
--	----	----

¿QUÉ VACUNA COVID-19 SOLICITA HOY?	PFIZER	MODERNA	DOSIS #1	#2	DOSIS ADICIONAL
------------------------------------	--------	---------	----------	----	-----------------

PARA DOSIS ADICIONALES ...

¿ESTÁ SOLICITANDO UNA 3ª DOSIS DE LA VACUNA AL MENOS 28 DÍAS DESPUÉS DE SU 2ª DOSIS Y TIENE UNA CONDICIÓN INMUNOCOMPROMETIDA O SIENTE QUE HA TENIDO UNA RESPUESTA INADECUADA A LA VACUNA?	SI	NO
---	----	----

O

¿ESTÁ SOLICITANDO UNA DOSIS DE REFUERZO AL MENOS 6 MESES DESPUÉS DE COMPLETAR LA SERIE INICIAL (2 O 3 DOSIS) Y TIENE 65 AÑOS DE EDAD O MÁS O TIENE 18 AÑOS O MÁS Y VIVE EN UN ENTORNO DE CUIDADO A LARGO PLAZO, TENGA UN ¿SUBYA UNA CONDICIÓN MÉDICA, O TRABAJA O VIVE EN UN ENTORNO DE ALTO RIESGO?	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, dirijase 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:
---	-----------------------------------

FOR STAFF USE ONLY					VACCINE INFO STICKER
Date of Service:					
Administered:	MODERNA	0.25ML	0.5ML		
	PFIZER	10MCG/0.2ML	30MCG/0.3ML		
Dose #:	#1	#2	#3	Booster	
Site:	Left Deltoid	/	Right Deltoid	Administered by:	
Monitor for:	15 minutes	/	30 minutes	Scanned by:	