

Pfizer COVID-19 Vaccine

COVID-19 VACCINE INFORMATION AND CONSENT FORM



NAME (Last)		(First)	Date of Birth: _____/_____/_____	Age:
ADDRESS				
CITY	STATE	ZIP	DAYTIME PHONE NUMBER	
EMERGENCY CONTACT: Name Relation Phone Number				
Race: (check only 1) ☐ Asian/Polynesian ☐ Black ☐ Multiracial ☐ Native Am/Alaskan ☐ White ☐ Unknown		Ethnicity: (check only 1) ☐ Not Hispanic ☐ Hispanic ☐ Unknown		Primary Language: ☐ English ☐ Other _____
Gender: ☐ Male ☐ Female ☐ Other				

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?			
4. Have you received another vaccine in the last 14 days?			
5. Have you received passive antibody therapy (monoclonal antibodies or convalescent serum) as treatment for COVID-19?			
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?			

I have been given a copy and have read the Emergency Use Authorization (EUA) and reviewed the [FDA Fact Sheet for Recipients and Caregivers](https://www.fda.gov/media/144414/download) (https://www.fda.gov/media/144414/download) 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.

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.

 Date Print Name X Patient or Parent/Guardian Signature



FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY

Vaccine	Dose	Route	Date Dose Administered	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Expiration Date	Name of Vaccine Administrator
COVID-19	_____ ml ☐ 1 st _____ ml ☐ 2 nd	☐ IM - L Arm ☐ IM - R Arm					

Verbal consent from phone:
Parent name _____
Parent phone number _____
Verbal consent given (time) (date) _____
Employee recording consent _____

Vacuna COVID-19 de Pfizer



Información y formulario de consentimiento para la vacuna contra Covid-19

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

Responda a estas preguntas sobre su salud:	Sí	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?			
4. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días?			
5. ¿Ha recibido terapia de anticuerpos pasivos (anticuerpos monoclonales o plasma convaleciente) para tratar el Covid-19?			
6. ¿Tiene un sistema inmunitario debilitado por cáncer o por una infección por HIV, toma medicamentos inmunosupresores o recibe terapias inmunosupresoras?			
7. ¿Tiene problemas de coagulación o está tomando algún medicamento anticoagulante?			
8. ¿Está embarazada o amamantando?			

He recibido una copia, leído la Autorización de uso de emergencia (EUA) y he revisado la información de la [Hoja informativa para receptores y cuidadores de la FDA \(https://www.fda.gov/media/144712/download\)](https://www.fda.gov/media/144712/download), antes de recibir la vacuna contra el Covid-19. Pude hacer preguntas que me contestaron a cabalidad. Entiendo los riesgos y beneficios de la vacuna y solicito que me la pongan a mí o la persona para la que estoy autorizado a hacer este pedido.

Con mi firma confirmo que me recomendaron quedarme en el sitio 15 minutos luego de recibir la vacuna. Quienes hayan tenido reacciones alérgicas graves previas deben quedarse 30 minutos.

X

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Firma del paciente / Padre o tutor



VAX FACT SHEETS

Parent name _____

Parent phone number _____

Verbal consent given (time) (date) _____

Employee recording consent _____

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY (ÁREA EXCLUSIVA PARA USO ADMINISTRATIVO)

Vaccine	Dose	Route	Date Dose Administered	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Expiration Date	Name of Vaccine Administrator
COVID-19	_____ ml ☐ 1 st	☐ IM - L Arm					
	_____ ml ☐ 2 nd	☐ IM - R Arm					