

**GLFHC**  
**COVID Vaccine Consent and Screening Form**

GLFHC Patient Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
---

**Section 1: Information about the individual to receive vaccine** (please print):

<b>Name:</b>	<b>Date of Birth:</b>	<b>Age</b>	<b>Sex: (select one)</b> Male Female
<b>Street Address (home):</b>		<b>Please check box if homeless</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Do you reside in public housing</b> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
<b>City:</b>	<b>State:</b>	<b>Zip:</b>	<b>Phone:</b>
<b>Ethnicity: (circle one):</b> Hispanic ('Spanish') or Latinx		Not Hispanic or Latinx	
<b>Race: (select one):</b> White Black/African American		Alaska Native/American Indian	Asian
Native Hawaiian/Pacific Islander Don't know		Other:	
<b>Primary Language:</b>		<b>Country of birth:</b>	
<b>Are you a migrant or season worker?</b> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		<b>Email:</b>	

**Allergies:**

**Section 2: Screening for COVID-19 vaccine precautions**

	NO	YES
1. Are you immunocompromised (moderate to severe) and attest to qualifying for 3 <sup>rd</sup> dose (if applicable)?		
2. Are you feeling sick today or do you have a recent known exposure to COVID-19, or have experienced any COVID-19 symptoms (fever, cough, headaches, etc) in the past 14 days?		
3. Have you ever had a severe allergic reaction (such as anaphylaxis) to any vaccine, medication, or other exposure?		
4. Are you pregnant or breastfeeding?		
5. Do you have dermal fillers?		
6. Do you have a primary care physician?		
7. Did you experience any barriers to receiving the Covid-19 vaccine? If yes: _____		

**Section 3: Consent**

**CONSENT FOR VACCINATION:** I have read or had explained to me the Vaccine Information Statement or Emergency Use Authorization sheet for the COVID-19 vaccine and understand the risks and benefits. In receiving this vaccination, I understand that I may experience symptoms of headache, body aches, general malaise and possible fever. This does not indicate a COVID-19 infection or adverse reaction to the vaccine, but rather my body's immune response to the vaccine.

I GIVE CONSENT or have the LEGAL AUTHORITY to consent on behalf of said individual to receive the COVID-19 vaccine, and I understand that 1, 2, or 3 doses of the vaccine (if applicable, 21-28 days apart) is/are needed. I also understand that the Moderna, Pfizer (for 12-15yo) and Janssen vaccines are being administered under the Emergency Use Authorization (EUA) and has not yet received full FDA approval. Pfizer 16yo+ has received FDA approval. I will notify my PCP should I experience a severe reaction. I give permission for my insurance company to be billed for the costs of administering the vaccine.

\_\_\_\_\_  
Signature of Individual Receiving a Vaccine or Parent/Authorized Guardian

\_\_\_\_\_  
Date:

\*NOTE: In accordance with 105 CMR 220.100, all immunizations will be reported to the Massachusetts Immunization Information System (MIIS).

**Section 4: Health Insurance Information**

<b>Insurance ID:</b> RX BIN: _____ Medicare Part B (if applicable): _____	<b>Group:</b> _____	<b>Insurance Company:</b> _____
<b>Policy Holder Name:</b> _____		<b>Relationship to individual:</b> _____

**Section 5: Vaccine Administration Documentation**

<b>Manufacturer:</b>	<b>Lot#:</b>	<b>Expiration Date:</b>
<b>Administration Date:</b>	<b>Site:</b> R Deltoid L Deltoid	<b>Dose:</b> 1 <sup>st</sup> Dose 2 <sup>nd</sup> Dose 3 <sup>rd</sup> Dose
<b>Administering Clinician:</b>	<b>Reaction Noted:</b> YES NO	<b>Next Appointment:</b>

**Sección 1: Información de la persona que recibe la vacuna** (escriba en letras de molde):

Nombre:	Fecha Nacimiento:	Edad:	Sexo: (elegir uno) Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
Dirección (casa):			Marque esta casilla si no tiene hogar <input type="checkbox"/>
Reside en una vivienda pública (housing)? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Ciudad:	Estado:	Código:	Teléfono:
Grupo Étnico: (marque uno) <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino			
Raza: (marque uno): Blanco <input type="checkbox"/>	Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/>	Nativo de Alaska / indio americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái / de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/>	Otra: <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/>
Idioma Principal: Es usted un migrante o un trabajador de temporada? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Condado de nacimiento: Correo electrónico:	

**Alergias (marque si aplica):****Sección 2: Detección de las precauciones de la vacuna contra el COVID-19**

	NO	SI
1. ¿Está inmunocomprometidos (de moderado a grave) y da fe de calificar para la 3ª dosis (si corresponde)?		
2. ¿Se siente enfermo hoy o tiene una exposición conocida reciente a COVID-19, o ha experimentado algún síntoma de COVID-19 (fiebre, tos, dolores de cabeza, etc.) en los últimos 14 días?		
3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave (como anafilaxia) a alguna vacuna, medicamento u otra exposición?		
4. ¿Está embarazada o amamantando?		
5. ¿Tiene rellenos dérmicos		
6. ¿Tiene un médico de atención primaria?		
7. ¿Experimentó alguna barrera para recibir la vacuna covid-19? En caso afirmación: _____		

**Sección 3: Consentimiento**

**CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN:** He leído o me han explicado la Declaración de información sobre la vacuna o el uso de emergencia. Hoja de autorización para la vacuna COVID-19 y comprender los riesgos y beneficios. Al recibir esta vacuna, entiendo que puedo experimentar síntomas de dolor de cabeza, dolores corporales, malestar general y posible fiebre. Esto no indica una infección por COVID-19 o una reacción adversa a la vacuna, sino la respuesta inmune de mi cuerpo a la vacuna.

**Doy mi consentimiento o tengo la AUTORIDAD LEGAL para dar mi consentimiento en nombre de dicha persona** para recibir la vacuna COVID-19, y entiendo que 1, 2 o 3 dosis de la vacuna (si corresponde, con 21 a 28 días de diferencia) son necesario. También entiendo que las vacunas Moderna, Pfizer (para 12-15 años) y Janssen se administran bajo la Autorización de uso de emergencia (EUA) y aún no han recibido la aprobación completa de la FDA. Pfizer 16yo + ha recibido la aprobación de la FDA. Notificaré a mi PCP en caso de que experimente una reacción grave. Doy permiso para que se facture a mi compañía de seguros por los costos de administración de la vacuna.

Firma de la persona que recibe la vacuna o del padre / tutor autorizado

Date \_\_\_\_\_

NOTA: De acuerdo con 105 CMR 220.100, todas las vacunas se informarán al Sistema de Información de Inmunizaciones de Massachusetts (MIIIS).

**Sección 4: Información del seguro médico**

ID de seguro: RX BIN:	Grupo:	Compañía de seguros:
Medicare Part B (if applicable):		
Nombre del titular de la póliza:		Relación con el individuo:

**Sección 5: Documentación sobre la administración de vacunas**

Manufacturer:	Lot#:	Expiration Date:
Administration Date:	Site: R Deltoid L Deltoid	Dose: 1 <sup>st</sup> Dose 2 <sup>nd</sup> Dose 3 <sup>rd</sup> Dose
Administering Clinician:	Reaction Noted: YES NO	Next Appointment: