

ADHS COVID-19 Vaccine Consent Form

Use this form in conjunction with the [CDC Pre-Vaccination Checklist for COVID-19 Vaccines](#).



ARIZONA DEPARTMENT
OF HEALTH SERVICES

PREPAREDNESS

Patient Information

Last Name					First Name					Middle Name (optional)																			
Mother's Maiden Name (Optional)										Date of Birth (MM/DD/YYYY)					Gender														
Address										Apartment Number					City					State					Zip				
<input type="radio"/> No address available										Phone Number										SSN or Driver's License/State ID Number									

Insurance Information

Do you have insurance? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No										Medicare ID Number or SSN																			
Plan Name										Plan Group ID #										Plan Individual ID #									
Name of Person Covered By Plan										Covered Person's Date of Birth										Plan Responsible Person Name									

Private Insurance Address and Phone Number (if Available)

ASSIGNMENT OF BENEFITS: I hereby assign to **Premier Lab Solutions** any insurance or other third-party benefits available for the administration fee of the COVID-19 vaccine provided to me. I agree to forward to **Premier Lab Solutions** all health insurance and other third-party payments I receive for services rendered to me immediately upon receipt. I agree to allow the health care provider to release information to the Arizona State Immunization Information System (ASIS) to record that I (or the person for whom I am authorized to consent) have received this COVID-19 vaccine. This information will help keep track of the manufacturer and doses of the vaccine. I have had a copy of the Emergency Use Authorization for the COVID-19 vaccine made available to me. I have had a chance to ask questions and I believe I understand the benefits and risks of the COVID-19 vaccines requested. I ask that the vaccines be administered to me or the person for whom I am authorized to make this request.

Patient Printed Name										Patient Signature										Date Signed									
Authorized Person's Printed Name (if applicable)										Authorized Person's Signature										Date Signed									

Vaccine Administration Information for Immunizer Use Only

Administration Date										MODERNA US, INC.										(80777-0273-99)																			
021C21A										10/21/2021										IM										<input type="radio"/> LEFT ARM <input type="radio"/> RIGHT ARM									
Lot Number										Expiration Date										Route										Site									
Administering Immunizer Name and Title										Administering Immunizer Signature																													
Is this the patient's first or second dose? <input type="radio"/> First <input type="radio"/> Second																																							



ADHS Formulario de consentimiento de vacuna COVID-19



ARIZONA DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES

Use este formulario junto con la [Lista de Verificación Antes de Vacunación para Vacunas COVID-19 de los CDC](#).

Información del paciente

Apellido	Nombre	Segundo nombre (opcional)		
Apellido de soltera de la madre (opcional)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Género		
Dirección	Número de apartamento	Ciudad	Estado	Código postal
<input type="radio"/> Dirección no disponible				
Número de teléfono		SSN o número de licencia de conducir/Id del estado		

Información del seguro

¿Usted tiene seguro? Sí No

Nombre del plan	# de grupo del plan	# de miembro del plan
Nombre de la persona cubierta por el plan	Fecha de nacimiento de la persona cubierta	Nombre de la persona responsable del plan
Dirección y número de teléfono de seguro privado (si está disponible)		

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: Por la presente cedo a Premier lab Solutions cualquier seguro u otros beneficios de terceros disponibles para la tarifa de administración de la vacuna COVID-19 que se me proporcionó. Acepto reenviar a Premierlab Solutions todo el seguro de salud y otros pagos de terceros que recibo por los servicios que me den inmediatamente después de recibirlos. Acepto permitir que el proveedor de atención médica publique información al Sistema de Información de Inmunización del Estado de Arizona (ASIIS) que yo (o para la persona para la que estoy autorizado a dar su consentimiento) he recibido esta vacuna COVID-19. Esta información ayudará a realizar el seguimiento del fabricante y las dosis de la vacuna. He recibido una copia de la hoja informativa para la Autorización de uso de emergencia para la vacuna COVID-19. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y creo que entiendo los beneficios y riesgos de las vacunas COVID-19 solicitadas. Pido que administren las vacunas a mí o a la persona para la que estoy autorizado a hacer esta solicitud.

Nombre impreso del paciente	Firma del paciente	Fecha de firma
Nombre impreso de la persona autorizada (si aplicable)	Firma de la persona autorizada	Fecha de firma

Información de administración de vacunas solo para inmunizadores

MODERNA US, INC.		80777-0273-99	
Fecha de administración	Fabricante	NDC #	
021C21A	10/21/2021	IM	<input type="radio"/> Brazo izquierdo <input type="radio"/> Brazo derecho
Número de lote	Fecha de caducidad	Ruta	Sitio
Nombre y título del inmunizador		Firma del inmunizador	
¿Es la primera o segunda dosis del paciente? <input type="radio"/> Primero <input type="radio"/> Segundo			

Immunization Information System Data Requirement Form

COVID-19 Vaccine Administration



This form can be used in the rare instances when you are unable to access your jurisdiction's IIS due to technical issues or lack of internet access. When possible, information should always be captured electronically to avoid the least number of possible mistakes when transcribing.

However, this form may be printed to capture information manually. Vaccination providers are required to report vaccination administration information within 72 hours of administration. This information should be entered as soon you are able to access your jurisdiction's IIS or VAMS.

Recipient Information

ID _____

First Name _____

Middle Name (optional) _____

Last Name _____

Date of Birth _____

Sex Male Female Unknown

Insurance Information (Optional) _____

Insurer _____

Primary insurance holder _____

Group/Individual ID number _____

Address

Street 1 _____

Street 2 _____

City _____

County _____

State _____

Zip Code _____

Race (select all that apply)

<input type="checkbox"/>	American Indian/Alaskan Native	<input type="checkbox"/>	White
<input type="checkbox"/>	Asian	<input type="checkbox"/>	Other Race
<input type="checkbox"/>	Native Hawaiian or Pacific Islander	<input type="checkbox"/>	Unknown
<input type="checkbox"/>	Black/African American	<input type="checkbox"/>	Unable to report

Ethnicity (select all that apply)

<input type="checkbox"/>	Hispanic or Latino
<input type="checkbox"/>	Not Hispanic or Latino
<input type="checkbox"/>	Unknown
<input type="checkbox"/>	Unable to report

Vaccine Information

Type	Product	Date Administered	Manufacturer	Lot Number	Expiration Date <i>mmddyyyy</i>	# Wasted
			MODERNA US INC.	021C21A	10/21/2021	
Administration Site			Administration Route			
LA (Left arm)			IM			
RA (Left arm)			C28161 (Intramuscular)			
LE (lower extremity) Left Right						
Dose Number		Missed Appointment	Y/N	Comorbidity	Y/N	
Refused Vaccination	Y/N	If Yes, Reason				
Vaccinator				Received EUA Fact Sheet for Recipients	Y/N	

Prevaccination Checklist for COVID-19 Vaccines



For vaccine recipients:

The following questions will help us determine if there is any reason you should not get the COVID-19 vaccine today. **If you answer “yes” to any question, it does not necessarily mean you should not be vaccinated.** It just means additional questions may be asked. If a question is not clear, please ask your healthcare provider to explain it.

Name _____

Age _____

	Yes	No	Don't know
1. Are you feeling sick today?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Have you ever received a dose of COVID-19 vaccine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> If yes, which vaccine product did you receive? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen (Johnson & Johnson) <input type="checkbox"/> Another Product _____ Did you bring your vaccination record card or other documentation? (yes/no) 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Have you ever had an allergic reaction to:			
<i>(This would include a severe allergic reaction [e.g., anaphylaxis] that required treatment with epinephrine or EpiPen® or that caused you to go to the hospital. It would also include an allergic reaction that caused hives, swelling, or respiratory distress, including wheezing.)</i> <ul style="list-style-type: none"> A component of a COVID-19 vaccine, including either of the following: <ul style="list-style-type: none"> Polyethylene glycol (PEG), which is found in some medications, such as laxatives and preparations for colonoscopy procedures Polysorbate, which is found in some vaccines, film coated tablets, and intravenous steroids A previous dose of COVID-19 vaccine 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Have you ever had an allergic reaction to another vaccine (other than COVID-19 vaccine) or an injectable medication?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>(This would include a severe allergic reaction [e.g., anaphylaxis] that required treatment with epinephrine or EpiPen® or that caused you to go to the hospital. It would also include an allergic reaction that caused hives, swelling, or respiratory distress, including wheezing.)</i>			
5. Check all that apply to you:			
<input type="checkbox"/> Am a female between ages 18 and 49 years old			
<input type="checkbox"/> Had a severe allergic reaction to something other than a vaccine or injectable therapy such as food, pet, venom, environmental or oral medication allergies			
<input type="checkbox"/> Had COVID-19 and was treated with monoclonal antibodies or convalescent serum			
<input type="checkbox"/> Diagnosed with Multisystem Inflammatory Syndrome (MIS-C or MIS-A) after a COVID-19 infection			
<input type="checkbox"/> Have a weakened immune system (i.e., HIV infection, cancer)			
<input type="checkbox"/> Take immunosuppressive drugs or therapies			
<input type="checkbox"/> Have a bleeding disorder			
<input type="checkbox"/> Take a blood thinner			
<input type="checkbox"/> Have a history of heparin-induced thrombocytopenia (HIT)			
<input type="checkbox"/> Am currently pregnant or breastfeeding			
<input type="checkbox"/> Have received dermal fillers			

Form reviewed by _____ Date _____

Lista de verificación antes de la vacunación contra el COVID-19



Para quienes reciban la vacuna:

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la cual usted no debería ponerse la vacuna contra el COVID-19 hoy.

Si responde "sí" a alguna pregunta, eso no significa necesariamente que no debería vacunarse. Solo quiere decir que podrían hacerle preguntas adicionales. Si no entiende alguna pregunta, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

Nombre del paciente _____

Edad _____

	Sí	No	No sé
1. ¿Se siente enfermo hoy?			
2. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19?			
<ul style="list-style-type: none"> Si la respuesta es "sí", ¿cuál vacuna le pusieron? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen (Johnson & Johnson) <input type="checkbox"/> Otro producto _____ 			
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a lo siguiente? (Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya ocurrido dentro de 4 horas y que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).			
<ul style="list-style-type: none"> Un componente de una vacuna contra el COVID-19, como cualquiera de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> o Polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como los laxantes y preparaciones para los procedimientos de colonoscopia. o Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, pastillas o comprimidos recubiertos y esteroides intravenosos. Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19. Una vacuna o terapia inyectable que contenga múltiples componentes, uno de los cuales sea un componente de la vacuna contra el COVID-19, pero no se sabe cuál provocó la reacción inmediata. 			
4. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna contra el COVID-19) o a un medicamento inyectable? (Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya ocurrido dentro de 4 horas y que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).			
5. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxis) a otra cosa que no sea un componente de la vacuna contra el COVID-19, o a alguna vacuna o medicamento inyectable? Esto incluye alergias a alimentos, mascotas, venenos, medioambiente o medicamentos que se toman por la boca.			
6. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días?			
7. ¿Ha tenido alguna vez un resultado positivo en la prueba del COVID-19 o un médico le ha dicho que usted tuvo COVID-19?			
8. ¿Ha recibido terapia pasiva con anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente) como tratamiento para el COVID-19?			
9. ¿Tiene el sistema inmunitario debilitado debido a algo como infección por el VIH o cáncer, o toma medicamentos o terapias inmunodepresores?			
10. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o toma un anticoagulante (<i>blood thinner</i>)?			
11. ¿Está embarazada o amamantando?			
12. ¿Tiene materiales de relleno dérmico (<i>dermal fillers</i>)?			

Formulario revisado por _____ Fecha _____