



Moderna COVID-19 Vaccine Consent Form

First Name: _____ Last Name: _____

Date of Birth: _____ Age: _____ Sex: Male Female Phone: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Race: <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Pacific Islander <input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native <input type="checkbox"/> None Specified <input type="checkbox"/> Refused	Hispanic Ethnicity: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> Refused
--	---

HEALTH HISTORY

	<u>YES</u>	<u>NO</u>	<u>UNKNOWN</u>
1. Are you feeling sick? Or, were you exposed to a confirmed COVID-19 patient, in quarantine for COVID exposure, or tested positive for COVID in the past 14 days?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Have you ever had a severe allergic reaction (ex. anaphylaxis)? For example, a reaction for which you were treated with epinephrine or an Epi-Pen or for which you had to go to the hospital. Allergy _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Have you ever had a serious reaction after any vaccination or injectable medication, including vaccine components such as lipid nanoparticles or polyethylene glycol (PEG)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Have you ever received a dose of COVID-19 vaccine? Date _____ Manufacturer _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. In the past 14 days, have you received any other vaccines?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Have you received passive antibody therapy as a treatment for COVID-19 in the past 90 days?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Are you under age 18?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Do you have a bleeding disorder or are you taking a blood thinner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Are you breastfeeding or pregnant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONSENT AND RELEASE STATEMENT

I wish to receive a vaccination against COVID-19. I, the undersigned, certify that I am (a) the patient and at least 18 years of age, (b) the legal guardian of the patient and confirm that the patient is at least 18 years of age, or (c) authorized to consent for the vaccination for the patient named above. I voluntarily give consent for Ashley Pediatrics or Industrial Health Works to administer the COVID-19 vaccine and understand this product has not been approved or licensed by the FDA but has been authorized for emergency use by the FDA under an emergency use authorization. I understand the risks and benefits of this vaccine. I have had an opportunity to ask questions which have been answered to my satisfaction. I have been advised to remain near the vaccination location for approximately 15 minutes after administration for observation. If I experience a severe reaction, I will call 9-1-1 or go to the nearest hospital. I hereby release and hold harmless Ashley Pediatrics or Industrial Health Works for any and all liabilities or claims whether known or unknown arising out of, in connection with, or in any way related to the administration of the vaccine listed above.

SIGNATURE _____ DATE _____

For Office Use Only:

Manufacturer: Moderna	Lot #	Route: Intramuscular
Dose number <input type="checkbox"/> 1 or <input type="checkbox"/> 2	*Exp. Date: ___ / ___ / ___	*Date Administered: ___ / ___ / ___
Administered by:	Vaccine Administration Clinic:	Injection Site (Deltoid) <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R
		Vaccine Dose: 0.5 ml



Consentimiento para la vacuna Moderna COVID-19

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M F Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> No especificado <input type="checkbox"/> Rechazado	Origen hispano: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Rechazado
---	--

HISTORIA DE SALUD

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>DESCONOCIDO</u>
1. ¿Te sientes enfermo? ¿O estuvo expuesto a un paciente confirmado con COVID-19, en cuarentena por exposición a COVID o dio positivo por COVID en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia)? Por ejemplo, una reacción por la que recibió tratamiento con epinefrina o un Epi-Pen o por la que tuvo que ir al hospital. Alergia _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción grave después de alguna vacuna o medicamento inyectable, incluidos componentes de la vacuna como nanopartículas lipídicas o polietilenglicol (PEG)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna COVID-19? Fecha _____ Fabricante _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. En los últimos 14 días, ¿ha recibido otras vacunas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha recibido terapia con anticuerpos pasivos como tratamiento para COVID-19 en los últimos 90 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Eres menor de 18 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Tiene alguna condición de coagulación o está tomando un anticoagulante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Está amamantando o embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO Y LIBERACIÓN

Deseo recibir una vacuna contra COVID-19. Yo, el abajo firmante, certifico que soy (a) el paciente y al menos 18 años, (b) el tutor legal del paciente y confirmo que el paciente tiene al menos 18 años de edad, o (c) autorizado para consentimiento para la vacunación del paciente mencionado anteriormente. Doy voluntariamente mi consentimiento para que Ashley Pediatrics o Industrial Health Works administren la vacuna COVID-19 y entiendo que este producto no ha sido aprobado ni autorizado por la FDA, pero sí autorizado para uso de emergencia por la FDA bajo una autorización de uso de emergencia. Entiendo los riesgos y beneficios de esta vacuna. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que han sido respondidas satisfactoriamente. Se me ha aconsejado que permanezca cerca del lugar de vacunación durante aproximadamente 15 minutos después de la administración para observación. Si experimento una reacción grave, llamaré al 9-1-1 o iré al hospital más cercano. Libero y eximo a Ashley Pediatrics o Industrial Health Works de todas y cada una de las responsabilidades o reclamaciones, ya sean conocidas o desconocidas, que surjan de, en conexión con o de alguna manera relacionadas con la administración de la vacuna mencionada anteriormente.

SIGNATURE _____ DATE _____

For Office Use Only:

Manufacturer: Moderna	Lot #	Route: Intramuscular
Dose number <input type="checkbox"/> 1 or <input type="checkbox"/> 2	*Exp. Date: ___ / ___ / ___	*Date Administered: ___ / ___ / ___
Administered by:	Vaccine Administration Clinic:	Injection Site (Deltoid) <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R
		Vaccine Dose: 0.5 ml