



NOVAVAX

Novavax SARS-CoV-2 Vaccine (COVID-19) 2022 Consent Form and Administration Record

CLEARLY TYPE or PRINT information below about the person receiving the vaccine OR CIRCLE correct responses.

Last Name _____ First Name _____ Middle Name _____

Birth date ____/____/____ Sex: F M Other

Ethnicity: Hispanic or Latino Not Hispanic or Latino Unknown
Race: American Indian/Alaska Native Asian Black/African American Hispanic or Latino
 Native Hawaiian/Other Pacific Islander White Other Race/Multiracial

Home Address: _____ City: _____ State: IL Zip Code: _____

County: _____ Phone # (____) _____

Please answer all the questions below.

1. Are you under 18 years of age? YES NO
2. Are you currently in quarantine or isolation?..... YES NO
3. Are you experiencing moderate or severe acute illness with or without fever including any COVID symptoms?..... YES NO

If you answered YES to any of the questions above this clinic is not able to provide the vaccine at this time.

4. Do you have a bleeding disorder or are you taking anticoagulants (Aspirin/Warfarin/Coumadin)?.... YES NO
5. Have you ever had a serious reaction to a vaccine/injectable medication (e.g.,anaphylaxis)?..... YES NO
6. Are you allergic to any of the ingredients in the COVID vaccine?..... YES NO

NOTE: Please continue to protect yourself and others from COVID-19 with good hand washing, wearing a mask, maintaining social distance of at least 6 feet from others, and staying home when you are ill.

CONSENT: I have been given and read the Emergency Use Authorization (EUA) for the Novavax Vaccine and have had my questions answered about COVID-19 vaccine. I understand the benefits and the risks of the COVID-19 vaccine and ask that the vaccine be given to me. I confirm that am within the Illinois Department of Public Health (IDPH) current eligible vaccination group. I consent to the administration of the vaccine by representatives of Kane County Health Department (KCHD). I fully release and discharge KCHD, Kane County Government, its affiliates and their officers, directors, employees and persons acting on their behalf or at their direction from any liability or claim related to the administration of, or my receipt of, the vaccine. I attest I am eligible for the vaccine I am requesting per IDPH guidelines.

Signature _____ Relationship: _____ Date ____/____/____

(If a minor, parent or legal guardian must sign)

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY

Clinic Site: Kane County Health Department

Administration Date <i>(Circle Month/Enter Day)</i>	Vaccine Manufacturer Novavax COVID-19 Lot #	Vaccine Administrator		Route IM <i>(Circle)</i>	Dose Administered
		Signature	Title <i>(circle one)</i>		
Aug Sept Oct Nov Dec _____ 2022			RN LPN Paramedic Student Nurse Other _____	R deltoid L deltoid	0.5 mL (50µg)
		Organization			

I-CARE: Initials _____ Date _____



NOVAVAX
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN
Vacuna contra el SARS-CoV-2 (COVID-19) de Novavax de 2022

ESCRIBA CLARAMENTE A MÁQUINA o CON LETRA DE IMPRENTA a continuación información sobre la persona que recibe la vacuna O **DIBUJE UN CÍRCULO** alrededor de las respuestas correctas.

Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Sexo: F M Otro

Grupo étnico: Hispano o latino No hispano o latino Desconocido

Raza: Indígena estadounidense o de Alaska Asiática Negra/afroestadounidense Hispana o latina
 Indígena de Hawái u otras islas del Pacífico Blanca Otra raza/multirracial

Domicilio particular: _____ Ciudad: _____ Estado: IL Código postal: _____

Condado: _____ N° de teléfono (____) _____

Responda todas las preguntas que aparecen a continuación.

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿Es menor de 18 años de edad? | SÍ | NO |
| 2. ¿Está actualmente en cuarentena o aislamiento?..... | SÍ | NO |
| 3. ¿Presenta alguna enfermedad aguda moderada o grave, con o sin fiebre, incluido cualquier síntoma de COVID?..... | SÍ | NO |

Si respondió “SÍ” a cualquiera de las preguntas anteriores, esta clínica no podrá proporcionarle la vacuna en este momento.

- | | | |
|--|----|----|
| 4. ¿Tiene algún trastorno hemorrágico o está tomando anticoagulantes (aspirina/warfarina/Coumadin)?..... | SÍ | NO |
| 5. ¿Ha tenido alguna vez una reacción grave a una vacuna/medicamento inyectable (por ejemplo, anafilaxia)? | SÍ | NO |
| 6. ¿Es alérgico(a) a alguno de los ingredientes de la vacuna contra el COVID?..... | SÍ | NO |

NOTA: Por favor, siga protegiéndose y protegiendo a los demás contra el COVID-19 lavándose bien las manos, usando mascarilla, manteniendo una distancia social de al menos 6 pies de los demás, y quedándose en casa cuando esté enfermo.

CONSENTIMIENTO: Me han dado y leído la Autorización de Uso de Emergencia (EUA) para la Vacuna Novavax y me han respondido mis preguntas sobre la vacuna COVID-19. Entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna COVID-19 y pido que me administren la vacuna. Confirmando que caigo dentro del actual grupo de vacunación elegible del Departamento de Salud Pública de Illinois (IDPH). Consiento la administración de la vacuna por parte de representantes del Departamento de Salud del Condado de Kane (KCHD). Libero y libero completamente a KCHD, al Gobierno del Condado de Kane, a sus afiliados y a sus funcionarios, directores, empleados y personas que actúen en su nombre o en su dirección de cualquier responsabilidad o reclamo relacionado con la administración o mi recepción de la vacuna. Doy fe de que soy elegible para la vacuna que estoy solicitando según las pautas de IDPH.

Firma _____ Relacion: _____ Fecha ____/____/____
(Si el menor, el padre o tutor legal debe firmar.)

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY

Clinic Site: Kane County Health Department

Administration Date <i>(Circle Month/Enter Day)</i>	Vaccine Manufacturer Novavax COVID-19 Lot #	Vaccine Administrator		Route IM	Dose
		Signature	Title <i>(circle one)</i>	<i>(Circle)</i>	Administered
Aug Sept Oct Nov Dec _____ 2022			RN LPN Paramedic Student Nurse Other _____	R deltoid L deltoid	0.5 mL (50µg)
		Organization			

I-CARE: Initials _____ Date _____