



PFIZER

Pfizer SARS-CoV-2 Vaccine (COVID-19) 2021 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 _____ M _____
 Birth date ____/____/____ Sex: F M Other _____

ETHNICITY: Hispanic or Latino Not Hispanic or Latino Prefer not to answer
RACE: American Indian/Alaska Native Asian Black/African American Prefer not to answer
 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 16 years of age? YES NO
2. Have you received a vaccine in the last 14 days? YES NO
3. Are you currently in quarantine or isolation?..... YES NO
4. Have you had passive antibody therapy for COVID-19 in the last 90 days?..... YES NO
5. 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.

6. Have you tested positive for COVID?..... YES NO
 If so, when _____
7. **Do you have a bleeding disorder or are you taking anticoagulants (Aspirin/Warfarin/Coumadin)?...** YES NO
8. Have you ever had a serious reaction to a vaccine (e.g., anaphylaxis)?..... YES NO
9. Have you ever had a serious reaction to an injectable medication (e.g., anaphylaxis)?..... YES NO
10. 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 Pfizer 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. Pfizer requires 2 doses, 21 days or more apart, to be fully effective. I agree to obtain the second dose.

I confirm that I fall 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.

Signature _____ Relationship: _____ Date ____/____/____
(If a minor, parent or legal guardian must sign)

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY

Clinic Site: ___KVH ___C'Ville ___Elgin ___Aurora

Administration Date <i>(Circle Month/Enter Day)</i>	Vaccine Manufacturer Pfizer COVID-19 Lot #	Vaccine Administrator		Route IM	Dose
		Signature	Title <i>(circle one)</i>	<i>(Circle)</i>	Administered
Mar Apr May Jun Jul Aug Sept Oct _____2021			RN Paramedic Student Nurse Other _____	R deltoid L deltoid	0.3 mL

I-CARE: Initials _____ Date _____



PFIZER

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN Vacuna contra el SARS-CoV-2 (COVID-19) de Pfizer de 2021

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 Prefiero no responder.

Raza: Indígena estadounidense o de Alaska Asiática Negra/afroestadounidense Prefiero no responder.
 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 16 años de edad? SÍ NO
2. ¿Ha recibido una vacuna en los últimos 14 días? SÍ NO
3. ¿Está actualmente en cuarentena o aislamiento?..... SÍ NO
4. ¿Se le ha realizado una terapia de anticuerpos pasivos para el COVID-19 en los últimos 90 días?..... SÍ NO
5. ¿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.

6. ¿Ha tenido resultado positivo en una prueba de COVID?..... SÍ NO
De ser así, ¿cuándo? _____
7. ¿Tiene algún trastorno hemorrágico o está tomando anticoagulantes (aspirina/warfarina/Coumadin)?..... SÍ NO
8. ¿Ha tenido alguna vez una reacción grave a una vacuna (por ejemplo, anafilaxia)?..... SÍ NO
9. ¿Ha tenido alguna vez una reacción grave a un medicamento inyectable (por ejemplo, anafilaxia)?..... SÍ NO
10. ¿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(a).

CONSENTIMIENTO: Me han dado y leído la Autorización de Uso de Emergencia (EUA) para la Vacuna Pfizer 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. Pfizer requiere 2 dosis, con 21 días o más de diferencia, para ser plenamente eficaz. Acepto obtener la segunda dosis.

Confirmando que caigo dentro del actual grupo de vacunación elegible del Departamento de Salud Pública de Illinois (IDPH). Consiente 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.

Firma: _____ Relacion: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

(Si el menor, el padre o tutor legal debe firmar)

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY

Clinic Site: ____ KVH ____ C'Ville ____ Elgin ____ Aurora

Administration Date (Circle Month/Enter Day)	Vaccine Manufacturer Pfizer COVID-19 Lot #	Vaccine Administrator		Route IM (Circle)	Dose Administered
		Signature	Title (circle one)		
Mar Apr May Jun Jul Aug Sept Oct _____ 2021			RN Paramedic Student Nurse Other _____	R deltoid L deltoid	0.3 mL

I-CARE: Initials _____ Date _____