

LOVELACE FAMILY MEDICINE COVID-19 VACCINE CONSENT FORM

A NEW FORM MUST BE COMPLETED FOR EACH DOSE

FIRST NAME: (name must match insurance card)	MIDDLE NAME/INITIAL:	LAST NAME: (name must match insurance card)	AGE
DATE OF BIRTH:	GENDER	RACE/ETHNICITY:	
SOCIAL SECURITY #	ADDRESS		
CITY	COUNTY	STATE	ZIPCODE
PHONE	EMAIL		
INSURANCE COMPANY	POLICY # / MEMBER ID		NO INSURANCE
GUARANTOR / POLICY HOLDER'S NAME	GUARANTOR / POLICY HOLDER'S DATE OF BIRTH		

DO YOU HAVE A FEVER? ARE YOU FEELING SICK TODAY? YES / NO

HAVE YOU EVER HAD AN ALLERGIC REACTION THAT REQUIRED TREATMENT WITH AN EPIPEN OR THAT CAUSED YOU TO GO TO THE HOSPITAL? YES / NO

HAVE YOU EVER TESTED POSITIVE FOR COVID-19? YES / NO **Date of LAST Positive Covid Test:** _____

HOW MANY COVID VACCINES HAVE YOU ALREADY RECEIVED?

DO YOU HAVE AN IMMUNOCOMPROMISING CONDITION THAT MAY WARRANT ADDITIONAL COVID VACCINE DOSES? YES / NO

ARE YOU REQUESTING THE "UPDATED BOOSTER" BIVALENT FORMULATION? YES / NO

By signing below, you acknowledge the following:
 Information about the vaccine has been made available to you. The vaccine being administered to you is not guaranteed to keep you from getting COVID-19. You may experience an adverse, even unexpected, reaction to it, including, without limitation, all or some of the signs and symptoms listed on the Vaccine Information Sheet. You are making an informed decision to receive the vaccine. You fully release and discharge Lovelace Family Medicine, its affiliates and assigns, and its officers, and employees from any illness, injury, loss, or damage that may result from the administration of the vaccine. You also agree to wait in the vaccination area for 15-30 minutes for monitoring and to receive treatment in case of adverse reactions. Your insurance company will be billed for the administration of the vaccine and any additional services provided in the event of an adverse reaction. Should you experience any symptoms, such as, without limitation, a fever of more than 101.5 F, fatigue, chills, headache, myalgia, or pain at the injection site, please contact your healthcare provider as soon as possible. If it is an emergency, please go to your nearest emergency medical provider if it can be done safely or contact 9-1-1.

I acknowledge that I have had an opportunity to read, understand and ask questions about the vaccine and the COVID-19 Vaccine Fact Sheets/VIS relating to the vaccine I will be receiving and I accept all risks associated with such. I authorize Lovelace Family Medicine to release all information necessary to process my claims and provide the services above.

RECIPIENT SIGNATURE:	DATE:
-----------------------------	--------------

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: (if recipient is under 16 years of age)	PARENT/GUARDIAN PRINTED NAME: (if recipient is <16 yrs old)
---	--

FOR STAFF USE ONLY	VACCINE INFO STICKER
Date of Service:	
Primary Series -91311 - Moderna 25MCG/0.25ML (Monovalent 6m-5y)	#1 (0111A) #2 (0112A) #3 (0113A)
Primary Series -91309 - Moderna 50MCG/0.5ML (Monovalent 6y-11y)	#1 (0091A) #2 (0092A) #3 (0093A)
Primary Series - 91301 - Moderna 100MCG/0.5ML (Monovalent 12+)	#1 (0011A) #2 (0012A) #3 (0013A)
91313 - Moderna Bivalent 50MCG/0.5ML (6+ booster)	#1 BST (0134A)

Site: LEFT / RIGHT **DELTOID / THIGH** **Monitor for:** 15 minutes / 30 minutes

Administered by: _____ **Documented by:** _____ **Scanned by:** _____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA COVID-19 DE LOVELACE FAMILY MEDICINE

SE DEBE COMPLETAR UN NUEVO FORMULARIO PARA CADA DOSIS

PRIMERO NOMBRE (LEGAL)		APELLIDO		EDAD
FECHA DE NACIMIENTO		GENERO	RAZA	
# DE SEGURO SOCIAL		DIRECCION		
CIUDAD	CONDADO	ESTADO	CODIGO POSTAL	
TELEFONO		EMAIL		
NOMBRE DE LA COMPANIA DE SEGUROS		NÚMERO DE PÓLIZA / ID DE MIEMBRO		NO TENGO SEGURO
NOMBRE DEL GARANTE / TITULAR DE LA POLITICA		FECHA DE NACIMIENTO DEL GARANTE / TITULAR DE LA PÓLIZA		

¿TIENE FIEBRE O SE SIENTE ENFERMO HOY? SÍ / NO	
¿HA TENIDO ALGUNA VEZ UNA REACCIÓN ALÉRGICA QUE REQUISIERA TRATAMIENTO CON EPIPEN O QUE LE ORIGINARA IR AL HOSPITAL? SÍ / NO	
¿ALGUNA VEZ HA DADO POSITIVO PARA COVID-19? SÍ / NO Fecha de la ÚLTIMA prueba positiva de Covid: _____	
POR FAVOR DÍGANOS CUÁNTAS VACUNAS DE COVID EN TOTAL HA RECIBIDO ANTES DE HOY:	
¿TIENE UNA CONDICIÓN DE COMPROMISO INMUNOLÓGICO QUE PUEDE NECESITAR DOSIS ADICIONALES DE LA VACUNA CONTRA EL COVID? SI' / NO	
¿ESTÁ SOLICITANDO LA FORMULACIÓN BIVALENTE "BOOSTER ACTUALIZADA"? SI' / NO	

Al firmar a continuación, reconoce lo siguiente:
 Se ha puesto a su disposición información sobre la vacuna. No se garantiza que la vacuna que se le administrará evitará que contraiga COVID-19. Puede experimentar una reacción adversa, incluso inesperada, que incluye, entre otros, todos o algunos de los signos y síntomas enumerados en la Hoja de información de la vacuna. Está tomando una decisión informada para recibir la vacuna. Usted libera y libera completamente a Lovelace Family Medicine, sus afiliados y cesionarios, y sus funcionarios y empleados de cualquier enfermedad, lesión, pérdida o daño que pueda resultar de la administración de la vacuna. También acepta esperar en la zona de vacunación durante 15-30 minutos para el seguimiento y recibir tratamiento en caso de reacciones adversas. Se facturará a su compañía de seguros por la administración de la vacuna y cualquier servicio adicional proporcionado en caso de una reacción adversa. Si experimenta algún síntoma, como, entre otros, fiebre de más de 101.5 F, fatiga, escalofríos, dolor de cabeza, mialgia o dolor en el lugar de la inyección, comuníquese con su proveedor de atención médica lo antes posible. Si se trata de una emergencia, diríjase a su proveedor médico de emergencia más cercano si se puede hacer de manera segura o comuníquese con el 9-1-1. Reconozco que he tenido la oportunidad de leer, comprender y hacer preguntas sobre la vacuna y las Hojas de datos de la vacuna COVID-19 / VIS relacionadas con la vacuna que recibiré y acepto todos los riesgos asociados con esto. Autorizo a Lovelace Family Medicine a divulgar toda la información necesaria para procesar mis reclamos y brindar los servicios mencionados anteriormente.

FIRMA DEL DESTINATARIO / PACIENTE:		FECHA:
FIRMA DEL PARIENTE / GUARDIAN (SI EL RECIPIENTE TIENE MENOS DE 16 AÑOS)		IMPRIMIR DEL PARIENTE / GUARDIAN:

FOR STAFF USE ONLY	VACCINE INFO STICKER
Date of Service:	
Primary Series -91311 - Moderna 25MCG/0.25ML (Monovalent 6m-5y)	#1 (0111A) #2 (0112A) #3 (0113A)
Primary Series -91309 - Moderna 50MCG/0.5ML (Monovalent 6y-11y)	#1 (0091A) #2 (0092A) #3 (0093A)
Primary Series - 91301 - Moderna 100MCG/0.5ML (Monovalent 12+)	#1 (0011A) #2 (0012A) #3 (0013A)
91313 - Moderna Bivalent 50MCG/0.5ML (6+ booster)	#1 BST (0134A)
Site: LEFT / RIGHT DELTOID / THIGH	Monitor for: 15 minutes / 30 minutes
Administered by: _____	Documented by: _____ Scanned by: _____