



# CAMERON COUNTY PUBLIC HEALTH

Esmeralda Guajardo, MAHS  
Health Administrator

James W. Castillo II, MD  
Health Authority

Elizabeth J. Miller, MD  
Forensic Pathologist



## COVID-19 VACCINATION CONSENT FORM

Last Name (Print)		First Name		M.I.	Date of Birth	Age
Address				City		State ZIP
Phone Number	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Mother's First Name	Mother's Maiden Name			

Email

- @GMAIL.COM
- @YAHOO.COM
- @ATT.NET
- @RGV.RR.COM

Race: \_\_\_\_\_ Ethnicity:  Hispanic/ Latino  Not Hispanic/Latino  Refused

### SCREENING FOR VACCINATION ELIGIBILITY

**You should not get vaccinated if you:**

- UNDER 18 years of age.
- had a severe allergic reaction (e.g., anaphylaxis, trouble breathing) to any vaccine or injectable therapy, or a history of anaphylaxis due to any cause.
- had a severe allergic reaction (e.g., anaphylaxis, trouble breathing) to any component of a COVID-19 Vaccine, including lipid nanoparticles or polyethylene glycol (PEG).
- received any other vaccine within the past 14 days or are scheduled to receive any vaccine in the next 14 days.
- received convalescent plasma or monoclonal/polyclonal antibody infusions for COVID-19 within the past 90 days.

**Talk to your doctor about whether you should receive the COVID-19 vaccine if you:**

- are pregnant or breastfeeding.
- are currently sick. For example, if you are experiencing fever, chills cough, shortness of breath, difficulty breathing, fatigue, muscle or body aches, etc.
- have a bleeding disorder or are taking a blood thinner.
- are currently in quarantine for COVID-19.
- have tested positive for COVID-19 in the past 90 days.

**Do you have any of the following conditions? (Check all that apply.)**

- |   |  |  |   |                                       |
|---|--|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lung Disease           | <input type="checkbox"/> Heart Disease | <input type="checkbox"/> Asthma            | <input type="checkbox"/> Kidney Disease | <input type="checkbox"/> Diabetes     |
| <input type="checkbox"/> Obesity/Severe Obesity | <input type="checkbox"/> Pregnancy     | <input type="checkbox"/> Smoker            | <input type="checkbox"/> Down Syndrome  | <input type="checkbox"/> Hypertension |
| <input type="checkbox"/> Neurological Disorder  | <input type="checkbox"/> Stroke        | <input type="checkbox"/> None of the above | <input type="checkbox"/> Other: _____   |                                       |

**Do you have any of the following immunocompromised conditions? (Check all that apply.)**

- |   |  |  |                                   |  |
|---|--|--|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Cancer         | <input type="checkbox"/> Leukemia      | <input type="checkbox"/> Lymphoma            | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> Transplant        |
| <input type="checkbox"/> Blood Disorder | <input type="checkbox"/> Liver disease | <input type="checkbox"/> Sickle Cell Disease | <input type="checkbox"/> Anemia   | <input type="checkbox"/> None of the above |
| <input type="checkbox"/> Other: _____   |  |  |                                   |  |

### CONSENT FOR VACCINATION

I've had the opportunity to discuss my concerns with my doctor. If I experience any adverse effects after leaving, I will notify my primary care provider and administrator. **I have reviewed the Emergency Use Authorization face sheet provided to me today.** The administration of this vaccine does not create a patient provider relationship between administrator and recipient. I understand that my information and vaccination status will be reported to the state. I understand the benefits and risks of the vaccine and freely and voluntarily request to receive the COVID-19 vaccine.

Signature of Parent/Guardian/Patient: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

### FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY:

Manufacturer:	Exp. Date:	Route IM:	Time/Date Vaccine Given:
Lot #:		<input type="checkbox"/> Right Deltoid <input type="checkbox"/> Left Deltoid	Signature of Vaccine Administrator:



# CAMERON COUNTY PUBLIC HEALTH

Esmeralda Guajardo, MAHS  
Health Administrator

James W. Castillo II, MD  
Health Authority

Elizabeth J. Miller, MD  
Forensic Pathologist



## FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA COVID-19

Apellido (Letra de molde)	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento	Edad
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Nombre de la madre	Apellido de soltera de la madre	

Correo Electrónico

[ ] @GMAIL.COM  
 [ ] @YAHOO.COM  
 [ ] @ATT.NET  
 [ ] @RGV.RR.COM

Raza: \_\_\_\_\_ Etnia: [ ] Hispano/Latino [ ] No Es Hispano/Latino [ ] Negar

### EXAMEN PARA LA ELEGIBILIDAD DE LA VACUNACIÓN

#### No debe vacunarse si:

- es menor de 18 años de edad.
- tuvo una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia, dificultad para respirar) a cualquier vacuna o terapia inyectable, o antecedentes de anafilaxia debido a cualquier causa.
- tuvo una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia, dificultad para respirar) a cualquier componente de una vacuna COVID-19, incluidas nanopartículas lipídicas o polietilenglicol (PEG).
- recibió cualquier otra vacuna en los últimos 14 días o está programada para recibir cualquier vacuna en los próximos 14 días.
- recibió infusiones de plasma convaleciente o anticuerpos monoclonales/policionales para COVID-19 en los últimos 90 días.

#### Hable con su médico acerca de si debe recibir la vacuna COVID-19 si:

- está embarazada o amamantando.
- si están enfermos. Por ejemplo, si usted está experimentando fiebre, escalofríos, tos, dificultad para respirar, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, etc.
- si tienen un trastorno hemorrágico o están tomando un anticoagulante.
- si están actualmente en cuarentena para COVID-19.
- si han dado positivo en COVID-19 en los últimos 90 días.

#### ¿Tiene alguna de las siguientes condiciones? (Marque todo lo que corresponda.)

- Enfermedad Pulmonar     Enfermedades Cardíacas     Asma     Enfermedad Renal     Diabetes
- Obesidad/Obesidad Morbida     Embarazo     Fuma     Síndrome de Down     Hipertensión
- Enfermedad Neurológica     Infarto     Nada de lo anterior     Otro: \_\_\_\_\_

#### ¿Tiene alguna de las siguientes afecciones que comprometen al Sistema inmune? (Marque todo lo que corresponda.)

- Cáncer     Leucemia     Linfoma     SIDA/HIV     Trasplante
- Enfermedades de la Sangre     Enfermedad del Hígado     Anemia Depranocítica     Anemia     Nada de lo anterior
- Otro: \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACION

He tenido la oportunidad de discutir mis inquietudes con mi médico. Si experimento algún efecto adverso después de irme, notificaré a mi proveedor de atención primaria y administrador. He revisado la hoja de la autorización de uso de emergencia que se me proporcionó hoy. La administración de esta vacuna no crea una relación de proveedor de pacientes entre el administrador y el destinatario. Entiendo que mi información y estado de vacunación serán reportados al estado. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y solicito libre y voluntariamente recibir la vacuna COVID-19.

Firma del padre / tutor / paciente:

Fecha:

#### FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY:

Manufacturer:	Exp. Date:	Route IM:	Time/Date Vaccine Given:
Lot #:		<input type="checkbox"/> Right Deltoid <input type="checkbox"/> Left Deltoid	Signature of Vaccine Administrator: