

COVID-19 VACCINE REGISTRATION AND CONSENT FORM

Princeton Department of Health



Public Health
Prevent. Promote. Protect.

Please print clearly and use name given for past vaccination

FULL LEGAL NAME:	EMAIL:	
STREET:		
CITY:	STATE:	ZIP CODE:
PHONE:	DATE OF BIRTH:	
GENDER:	RACE:	ETHNICITY:
Please Answer the Following Questions:		
	Yes	No
1. Has the person to be vaccinated previously received a dose of COVID-19 vaccine? If yes, date of last vaccination and which vaccine product did you receive? Date Rec'd: _____ Manufacturer/Brand: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Has the person to be vaccinated ever had a severe allergic reaction (e.g. anaphylaxis) to something? For example, being treated with epinephrine/EpiPen or needing to go to the hospital.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the severe allergic reaction after receiving a COVID-19 vaccine or any other vaccine or another injectable medication?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is the person to be vaccinated has weakened immune system or take immunosuppressive drug/therapies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. If you answered yes to any question from 2 through 4, was COVID-19 vaccination administration discussed and recommended by your health care provider?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PARENT'S NAME (If recipient is under 18):		
ADDRESS (IF DIFFERENT FROM ABOVE):		
PHONE (IF DIFFERENT FROM ABOVE):		

- I (or the individual on whose behalf I am signing) **have read or had explained to me by the Princeton Health Department (PHD) staff** the attached information about COVID-19 and the COVID-19 vaccine. I (or the individual on whose behalf I am signing) had an opportunity to ask questions about COVID-19 and the vaccine which were answered to my satisfaction, and I (and the individual on whose behalf I am signing) am 18 years of age or older. I have been informed of the Notice of Privacy Practices. If signing on behalf of someone else, I am authorized to sign on that individual's behalf.
- I (or the individual on whose behalf I am signing) am not allergic to Epinephrine (adrenalin) the drug used to counteract an allergic reaction to a COVID-19 vaccine. I (or the individual on whose behalf I am signing) am not allergic to latex. I (or the individual on whose behalf I am signing) do not currently have a fever or the symptoms of an acute infection.
- I (or the individual on whose behalf I am signing) understand that the COVID-19 immunization is two injections/doses that are separated by at least 21 days, I (or the individual on whose behalf I am signing) understand that receipt of the vaccine does not completely protect me (or the individual on whose behalf I am signing) against COVID-19 or other illnesses that resemble COVID-19. I (or the individual on whose behalf I am signing) further understand that if I (or the individual on whose behalf I am signing) have a condition of (or am undergoing treatment which causes) immune-suppression (the reduction in my body's ability to fight infection and illness), the effectiveness of the vaccine in prevention COVID-19 may be diminished. I (or the individual on whose behalf I am signing) believe I understand the risks and benefits of the vaccine.
- I (or the individual on whose behalf I am signing) understand that the vaccinated individual will be enrolled in the New Jersey Immunization Information System (NJIS) pursuant to State of New Jersey Executive Order #207. I (or the individual on whose behalf I am signing) may request in writing to withdraw from NJIS after completing the full course of COVID-19 vaccination and said removal will take effect 30-days after the Public Health Emergency has expired.
- I (or the individual on whose behalf I am signing) understand that it is my responsibility to remain in the vaccination area for 15 minutes after I (or the individual on whose behalf I am signing) receive the vaccine, in case I (or the individual on whose behalf I am signing) experience a reaction.
- I (or the individual on whose behalf I am signing) agree to receive the COVID-19 vaccine, and I (or the individual on whose behalf I am signing) hereby release **the Princeton Department of Health, and their employees, servants, representatives, officers, and agents (together, the "Indemnites")** from any liability for giving me (or the individual on whose behalf I am signing) the COVID-19 vaccination. I (or the individual on whose behalf I am signing) agree to indemnify, defend, and hold the indemnities harmless from any claim made by any person, (including the individual on whose behalf I am signing). If Medicare Part B eligible, or other insurance is provided, I (or the individual on whose behalf I am signing) authorized PHD to bill Medicare Part B or other insurance for the immunization and I (or the individual on whose behalf I am signing) authorize Medicare or other insurance benefits to be paid directly to PHD.
- My signature (or the individual's signature on whose behalf I am signing) on this form means that all of the information provided in the Registration and Consent Form are true to the best of my knowledge. I (or the individual on whose behalf I am signing) understand that this form and my signature below are binding on me and my heirs, successors, and personal and legal representatives as well as those of the person on whose behalf I am signing. If I am not the person being vaccinated. I warrant that I have the authority to give this consent for the person to be vaccinated.

Signature: _____ **Date:** _____
Relationship to person to be vaccinated (circle one): SELF PARENT GUARDIAN MEDICAL POWER OF ATTORNEY

OFFICIAL USE ONLY		
Vaccination Site: <input type="checkbox"/> Left Deltoid <input type="checkbox"/> Right Deltoid		Manufacturer: Lot Number: Expiration Date:
Clinic Location: Princeton	EUA FS Publication Date: <u>9/22/2021</u>	Date Given: _____
Vaccine Administered by: _____		Date: _____

COVID-19 REGISTRACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE LA VACUNA

Princeton Departamento de Salud

Por favor escribe claramente



NOMBRE:	CORREO ELECTRÓNICO:	
DIRECCIÓN:		
MUNICIPALIDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
NÚMERO DE TELÉ FONO:	FECHA DE NACIMIENTO:	
GÉNERO M/F :	RAZA:	ETNICIDAD:

Por favor contestar a las siguientes preguntas:	Sí	No
1. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19? Si la respuesta es "sí", la fecha que le pusieron y ¿cuál vacuna? La fecha: _____ Fabricante/Marca: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (p. ej. anafilaxis) a otra cosa que no sea un componente de la vacuna contra el COVID-19, o medicamento inyectable? Esto incluye una reacción que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna contra el COVID-19) o a un medicamento inyectable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene el sistema inmunitario debilitado debido a algo como infección por el VIH o cáncer, o toma medicamentos o terapias inmunodepresores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Si la respuesta es "sí" para cualquier pregunta entre 2 y 4, fue la administración de la vacuna contra COVID-19 discutido y recomendada con su proveedor de atención médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOMBRE DEL PADRE (Si la persona vacunado es menor de 18 años): _____

DIRECCIÓN (SI ES DIFERENTE DE LA RESPUESTA ARRIBA): _____

NÚMERO DEL TELÉFONO (SI ES DIFERENTE DE LA RESPUESTA ARRIBA): _____

- Yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) he leído o el Departamento de Salud de Princeton me explicó la información adjunta sobre COVID-19 y la vacuna contra COVID-19. Yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre COVID-19 y la vacuna que fueron contestados a mi satisfacción, y yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) tengo (tenemos) 18 años o más. He sido informado sobre el aviso de prácticas de privacidad. Si estoy firmando en nombre de otro individuo, estoy autorizado a firmar en nombre de esa persona.
- Yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) no soy (o es) alérgico a la epinefrina (adrenalina); medicamento que se usa contra una reacción alérgica a la vacuna contra el COVID-19. Yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) no soy (no es) alérgico al látex. Yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) actualmente no tengo (no tiene) fiebre o síntomas de una infección aguda.
- Yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) entiendo (entiende) que inmunización contra el COVID-19 requiere dos inyecciones/dosis que están separados por al menos 21 días, yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) entiendo (entiende) que recibiendo la vacuna no me protege (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) totalmente contra COVID-19 u otras enfermedades que parece COVID-19. Yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) entiendo (entiende) que si yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) tengo (tiene) una condición de (o estoy recibiendo tratamiento que causa) supresión inmune (la reducción de la capacidad de mi cuerpo para combatir infección o enfermedades) la eficacia de la vacuna puede disminuir. Yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) entiendo (entiende) los riesgos y beneficios de la vacuna. Yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) entiendo (entiende) que la persona vacunada será inscrita en el New Jersey Inmunización Información Sistema (NJIS) de conformidad con Orden Ejecutiva #207 del estado de Nueva Jersey. Yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) puedo (puede) solicitar por escrito para retirarme del NJIS después del curso completo de la vacunación y la retirada surtirá efecto 30 días después de que haya expirado la Emergencia de Salud Pública.
- Yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) entiendo (entiende) que es la responsabilidad mía de quedarme en la zona de la vacunación por 15 minutos después que yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) recibí (recibió) la vacuna, en caso que yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) tengo (tiene) una reacción adversa.
- Yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) acepto (acepta) recibir la vacuna contra el COVID-19, yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) libero a La municipalidad de Princeton, el Departamento de Salud, y sus empleados, servidores, representativos, oficiales, y agentes (juntos, las "Indemnizaciones") de cualquier responsabilidad por darme (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) la vacuna contra COVID-19. Yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) acepto (acepta) indemnizar, defender, y mantener las indemnizaciones sin ofensa de cualquier clamor hecho por cualquier persona, (incluyendo la persona por la cual estoy firmando en su nombre). Si la Parte B de Medicare es elegible, u otro seguro está proveído, yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) autorizo (autoriza) PHD para facturar Parte B de Medicare u otro seguro para la inmunización y yo (o la persona en cuyo nombre estoy firmando) autorizo (autoriza) Medicare u otros beneficios del seguro a pagar directamente a PHD.
- Mi firma (o la firma de la persona por la cual estoy firmando en su nombre) en esta forma significa que toda la información proporcionada en la Registración y Consentimiento es verdad al mejor de mi conocimiento. Yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) entiendo (entiende) que esta forma y mi firma abajo son vinculantes para mí, mis herederos, sucesores y representativos personales y legales, así como los de la persona por la cual estoy firmando en su nombre. Si no soy la persona que va a recibir la vacuna. Yo garantizo que tengo la autorización para acceder por la persona quién va a recibir la vacuna.

Firma: _____ Fecha: _____

Relación de la persona que se va a vacunar (circule uno): PROPIO PADRE TUTOR PODER MÉDICO

OFFICIAL USE ONLY		Manufacturer:
Vaccination Site: <input type="checkbox"/> Left Deltoid <input type="checkbox"/> Right Deltoid		Lot Number:
		Expiration Date:
Clinic Location: Princeton	EUA FS Publication Date: 9/22/2021	Date Given: _____
Vaccine Administered by: _____	Date: _____	