

## COVID-19 VACCINE REGISTRATION FORM

*Please Print and Fill form out Completely*

I. CLIENT INFORMATION					
<b>Today's Date:</b>					
Client's Last Name:	First:	Middle Initial:	Maiden name (if married):		
Sex: <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male	Age:	Birth Date:	Phone Number:		
Street Address/P.O. Box:			Mother's Maiden Name:		
City:	State:	ZIP Code:	County:		
Ethnicity: <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Non-Hispanic					
7822					
II. CLIENT QUESTIONNAIRE – CHECK YES OR NO					
1. Have you ever had a serious allergic reaction to an injection in the past?				<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
2. Have you previously been vaccinated with another COVID 19 Vaccine?				<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
By signing this document:					
<ul style="list-style-type: none"> <li>I acknowledge that the Central District Health Department (CDHD) has made their Notice of Privacy Practices available for my review.</li> <li>I have read or had explained to me the Fact Sheet for Recipients and Caregivers for the Covid-19 vaccine that is planned to be given.</li> <li>I give permission for myself to receive immunizations.</li> <li>I give consent and authorization for the release of health information related to immunizations to the NESIIS data set computer system.</li> </ul>					
<b>X</b> _____ <i>Authorized Signature (Client, if under the age of 19 – parent/legal guardian)</i>			_____ <i>Today's Date</i>		
Parents Name: _____			Parent (Guardian) DOB: _____		

### OFFICE USE ONLY

VACCINE	LOT NUMBER	SITE	DATE 2021	TIME	NURSE INITIALS
		LD    RD			

## FORMA DE REGISTRO PARA LA VACUNA CONTRA COVID

*Por favor imprima y llene la forma completamente*

I. INFORMACION DEL CLIENTE				
<b>Fecha de hoy:</b>				
Apellido de Cliente:	Nombre:	Seg. Nombre:	Nombre de soltera (si es casada):	
Sexo: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Edad:	Fecha de nacimiento:	Teléfono:	
Dirección/Caja Postal:			Apellido de soltera de la madre:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Condado:	
Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano				
Race:    • Indio americano/nativo de Alaska    • Asiático    • Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico • Negro o afroamericano                    • Blanco                    • Otro _____				
II. CUESTIONARIO DE CLIENTE – MARQUE SI O NO				
1. ¿Alguna vez ha tenido una reacción grave a una vacuna en el pasado?			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2. ¿Ha sido vacunado anteriormente con otra vacuna de COVID 19			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Con la firma de este documento:				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Reconozco que el Departamento de Salud del Distrito Central ha puesto a mi disposición para revisión la notificación de prácticas de privacidad.</li> <li>He leído o se me ha explicado la hoja de información escrita para personas o cuidadores de la vacuna Covid-19 que se ha programado ser dada.</li> <li>Yo doy permiso para que yo pueda recibir vacunas.</li> <li>Doy mi consentimiento y autorización para la divulgación de información de salud relacionada con las vacunas a la base de datos del sistema computarizado NESIIS.</li> </ul>				
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 60%;"> <p style="color: red; font-weight: bold; margin-left: 0;">X</p> <p>_____</p> <p><i>Firma Autorizada (Cliente, si menor de 19 años – padre/tutor legal)</i></p> </div> <div style="width: 35%; text-align: right;"> <p>_____</p> <p><i>Fecha de hoy</i></p> </div> </div>				
<p>Nombre del padre/tutor legal: _____ Fecha de nacimiento del Padre/tutor legal _____</p>				

### SOLO PARA USO DE LA OFICINA

VACCINE	LOT NUMBER	SITE	DATE 2021	TIME	NURSE INITIALS
		LD    RD			