PFIZER and COMIRNATY

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 5 years of age? ..... ☐ YES ☐ NO
2. Are you currently in quarantine or isolation?..... ☐ YES ☐ NO
3. Have you had passive antibody therapy for COVID-19 in the last 90 days?..... ☐ YES ☐ NO
4. 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.

5. Have you tested positive for COVID?..... ☐ YES ☐ NO If yes, when _____
6. Do you have a bleeding disorder or are you taking anticoagulants (Aspirin/Warfarin/Coumadin)?.... ☐ YES ☐ NO
7. Have you ever had a serious reaction to a vaccine/injectable medication (e.g., anaphylaxis)?..... ☐ YES ☐ NO
8. 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/Comirnaty 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/Comirnaty primary series requires 2 doses, 21 days or more apart, to be fully effective. I agree to obtain the second dose.
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.
If you are under 18 years old, your custodial parent or a legal guardian may consent on your behalf and sign this form; minors may not consent for vaccination unless they are emancipated by a court, pregnant, married, minor-parents, or a "minor seeking primary care" with verification of status in writing by a qualified adult under the IL Consent by Minors Act. If I am signing this document on behalf of a minor, I affirm that I have legal authority to consent to the minor's medical care.
I attest I am eligible for the vaccine I am requesting per IDPH guidelines.

SIGNATURE: _____ *Relationship to minor:* _____ *Date:*_____
(If a minor a parent or legal guardian must sign)

First and Last name of an additional individual who is authorized to bring the minor to receive the COVID-19 vaccine:
FIRST:_____ LAST: _____Relationship to minor: _____

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY Clinic Site: Kane County Health Department

Administration Date *(Circle Month/Enter Day)*	Vaccine Manufacturer **Pfizer COVID-19 Lot #**	Vaccine Administrator		Route IM *(Circle)*	Dose Administered
		Signature	Title *(circle one)*		
Nov Dec _____2021			RN Paramedic Student Nurse Other_____	R deltoid	0.2 mL
		Organization		L deltoid	0.3 mL

I-CARE: Initials_____ Date _____

cr. 01/07/20
rv #19_11/3/21

PFIZER and COMIRNATY

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 ☐ 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 5 años de edad? ..... ☐SÍ ☐NO
2. ¿Está actualmente en cuarentena o aislamiento?..... ☐SÍ ☐NO
3. ¿Se le ha realizado una terapia de anticuerpos pasivos para el COVID-19 en los últimos 90 días?..... ☐SÍ ☐NO
4. ¿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.

5. ¿Ha tenido resultado positivo en una prueba de COVID?..... ☐ SI ☐ No De ser así, ¿cuándo?_____
6. ¿Tiene algún trastorno hemorrágico o está tomando anticoagulantes (aspirina/warfarina/Coumadin)?..... ☐SÍ ☐ NO
7. ¿Ha tenido alguna vez una reacción grave a una vacuna / medicamento inyectable(por ejemplo, anaphylaxis)?..... ☐SÍ ☐ NO
8. ¿Es alérgico a alguno de los ingredientes de la vacuna 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/Comirnaty 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. La serie primaria de Pfizer/Comirnaty requiere 2 dosis, con 21 días o más de diferencia, para ser completamente efectiva. Acepto obtener la segunda dosis. Consiente la administración de la vacuna por 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. Si usted tiene menos de 18 años, su padre con custodia o un tutor legal puede dar su consentimiento en su nombre y firmar este formulario; los menores no pueden consentir la vacunación a menos que estén emancipados por un tribunal, embarazadas, casadas, padres menores de edad o por un menor que busque asistencia medica. Doy fe de que soy elegible para la vacuna que estoy solicitando según las pautas de los IDPH.

Firma: _____ *Su relaciɔn al menor:* _____ *Fechl:*_____
(Si eă menor, el padre o tutor legal debe firmar)

Nombre y apellidos de una persona adicional que está autorizada a llevar al menor a recibir la vacuna COVID-19:
Primer Nombre:_____ Apellido: _____Su relación al menor: _____

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY

Clinic Site: Kane County Health Department

Administration Date *(Circle Month/Enter Day)*	VaccineManufacturer **Pfizer COVID-19 Lot #**	Vaccine Administrator		Route IM *(Circle)*	Dose Administered
		Signature	Title *(circle one)*		
Nov Dec _____2021		_____ Organization	RN Paramedic Student Nurse Other_____	R deltoid L deltoid	0.2 mL 0.3 mL

I-CARE: Initials _____ Date_____

cr. 01/07/20
rv #19_11/3/21