Town of Kearny

Department of Public Health

645 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032 • Phone (201) 997-0600 • Fax (201) 997-9703

Kenneth R. Pincus, Health Officer

COVID-19 Immunization Screening and Consent Form

Patient Demographic Information (PLEASE PRINT):			
Last Name:	First Name:	Middle Initial:	Race:
Gender: ☐ Female ☐ Male	Date of Birth: ____________	Age: ______	Ethnicity: ☐Hispanic ☐Non-Hispanic
Home Address:		Country of Origin:	
City:	Zip Code:	Phone Number:	

Acknowledgement of Consent: I have been provided with the Vaccine Information Sheet(s) or Patient Fact Sheet corresponding to the vaccine(s) that I am receiving. I have read the information provided about the vaccine I am to receive. I have had the chance to ask questions that were answered to my satisfaction. I understand the benefits and risks of vaccination, and I voluntarily assume full responsibility for any reactions that may result. I understand that I should remain in the vaccine administration area for 15 minutes after the vaccination to be monitored for any potential adverse reactions. If the recipient has previously had a severe allergic reaction in the past for any reason, I agree to wait near the clinic location for 30 minutes after receiving the vaccine in designated area. I understand if I experience side effects that I should do the following: contact doctor, call 911, or go to hospital. I request that the vaccine be given to me or to the person named above for whom I am authorized to make this request. I will/have reviewed my answers to the questions above with the vaccinator. I understand that the COVID-19 vaccine is a two-part vaccine series. By signing this consent, I am agreeing that I will receive the first and second part of the vaccine series, and understand the second dose may be required to be effective. I have been provided and have read, or had explained to me, the information sheet about the COVID-19 vaccination. I have been given an opportunity to ask questions which were answered to my satisfaction (and ensured the person named above for whom I am authorized to provide surrogate consent was also given a chance to ask questions). I understand the benefits and risks of the vaccine. I request that the COVID-19 vaccination be given to me (or the person named above for whom I am authorized to make this request and provide surrogate consent).

I GIVE CONSENT to the Kearny Department of Public Health and associated staff to administer this vaccine to me. I understand that the information contained within this record is being maintained to monitor immunization needs in order to prevent disease. This information is confidential and will only be shared with organizations or persons who are authorized by law to receive it. I authorize release of all information needed for public health purposes, including reporting to applicable vaccine registries (including but not limited to NJ Immunization Information System [NJIIS], NJ Vaccine Scheduling System [NJVSS]).

If patient receiving dose is under the age of 18:

1. I am the legal parent/guardian of the below named minor.
2. I acknowledge that I along with the minor named below have the option to either accept or refuse admiration of the Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine.
3. I authorize administration of the Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine to the minor named below.

Signature of Patient/Surrogate/Legal Guardian: ______________________________

Print Name of Patient: ______________________________

Relation to Minor, if Applicable: ______________ **Date Authorized:** ______________

PLEASE DO NOT WRITE BELOW THIS LINE. FOR ADMINISTRATION USE ONLY.

Vaccine	Brand	Date Dose Administered	Route (IM, SC)/ Site (RA, LA)	Staff Initial/ Title	Dose Number	Lot Number	Exp. Date	EUA Fact Sheet Date
COVID-19	**PFIZER**							

Town of Kearny

Department of Public Health

645 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032 • Phone (201) 997-0600 • Fax (201) 997-9703

Kenneth R. Pincus, Health Officer

COVID-19 Formulario de Consentimiento y Detección de Vacunas

Información Demográfica de Paciente (POR FAVOR IMPRIMA):			
Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Raza:
Género: ☐ Masculino ☐ Femenino	Fecha de Nacimiento: ____________	Edad: _______	Etnicidad: ☐Hispano ☐No Hispano
Dirección de Casa:		País de Origen:	
Ciudad:	Código Postal:	Teléfono:	

Reconocimiento de consentimiento: Se me ha proporcionado la(s) hoja(s) de información de la vacuna o la hoja de datos del paciente correspondiente a la(s) vacuna(s) que estoy recibiendo. He leído la información proporcionada sobre la vacuna que voy a recibir. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Entiendo los beneficios y los riesgos de la vacunación y asumo voluntariamente toda la responsabilidad por cualquier reacción que pueda resultar. Entiendo que debo permanecer en el área de administración de la vacuna durante 15 minutos después de la vacunación para ser monitoreado por posibles reacciones adversas. Si el receptor ha tenido una reacción alérgica grave en el pasado por cualquier motivo, acepto esperar cerca de la ubicación de la clínica durante 30 minutos después de recibir la vacuna en el área designada. Entiendo que si experimento efectos secundarios debo hacer lo siguiente: contactar al médico, llamar al 911 o ir al hospital. Solicito que se me administre la vacuna a mí oa la persona nombrada anteriormente por quien estoy autorizado a hacer esta solicitud. Habré revisado mis respuestas a las preguntas anteriores con el vacunador. Entiendo que la vacuna COVID-19 es una serie de vacunas de dos partes. Al firmar este consentimiento, acepto que recibiré la primera y la segunda parte de la serie de vacunas y entiendo que es posible que se requiera que la segunda dosis sea efectiva. Me han proporcionado y leído, o me han explicado, la hoja de información sobre la vacuna COVID-19. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción (y me aseguré de que la persona nombrada anteriormente para quien estoy autorizado a proporcionar el consentimiento sustituto también tuviera la oportunidad de hacer preguntas). Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna. Solicito que se me administre la vacuna COVID-19 (o la persona nombrada anteriormente por quien estoy autorizado a realizar esta solicitud y proporcionar un consentimiento sustituto).

Doy consentimiento al Departamento de Salud Pública de Kearny y al personal asociado para administrarme esta vacuna. Entiendo que la información contenida en este registro se mantiene para monitorear las necesidades de inmunización con el fin de prevenir enfermedades. Esta información es confidencial y solo se compartirá con organizaciones o personas autorizadas por ley para recibirla. Autorizo la divulgación de toda la información necesaria para fines de salud pública, incluida la presentación de informes a los registros de vacunas correspondientes (incluidos, entre otros, el Sistema de información sobre inmunizaciones de NJ [NJIIS], el Sistema de programación de vacunas de NJ [NJVSS]).

Si el paciente que recibe la dosis es menor de 18 años:

1. Soy el padre / tutor legal del menor mencionado a continuación.
2. Reconozco que yo, junto con el menor mencionado a continuación, tenemos la opción de aceptar o rechazar la admiración por la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19.
3. Autorizo la administración de la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 al menor mencionado a continuación.

Firma del Paciente/Padre/Tutor Legal: ________________________________

Imprimir Nombre: ________________________________

Relación con la/el Menor, si Corresponde: ________________ **Fecha de Autorización:** ____________

POR FAVOR, NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA. PARA USO DE ADMINISTRACIÓN ÚNICAMENTE.

Vaccine	Brand	Date Dose Administered	Route (IM, SC)/ Site (RA, LA)	Staff Initial/ Title	Dose Number	Lot Number	Exp. Date	EUA Fact Sheet Date
COVID-19	**PFIZER**							