

ROCKINGHAM COUNTY DIVISION OF PUBLIC HEALTH
COVID-19 VACCINE CONSENT FORM

Name: _____ Date of Birth: _____
Last First MI

Address: _____
Street Address City State Zip

SS# _____ (Sex) Male Female Telephone # _____ /Work# _____

Race: White Black Am. Ind. /Alaskan Native Asian/Pacific Islander Other

Preferred Language: English _____ Spanish _____ Other _____

Ethnic Origin: Hispanic /Latino Not Hisp/Latino Marital Status: Single Married Divorced Widow

FINANCIAL INFORMATION

Primary Insurance _____ Name on Card _____

Policy/ID#: _____ Effective Date _____

IMMUNIZATION INFORMATION

1. Are you allergic to any medications, foods, or products? Yes No
2. Have you ever had a serious allergic reaction? Yes No
3. Do you carry an epi-pen? Yes No
4. Do you now have a fever with a temperature above 100° F/or are you sick today? Yes No
5. Are you currently experiencing any COVID-19 symptoms or have you been in close contact with anyone diagnosed with COVID-19 in the last 14 days? Yes No
6. Have you been vaccinated with any vaccine (including flu) within the past 14 days? Yes No
7. Have you tested positive for COVID-19 in the last 30 days? Yes No
8. Have you been treated for COVID-19 infection with plasma (or passive antibody therapy) in the last 90 days? Yes No
9. Do you have a bleeding disorder or do you take a blood thinner? Yes No
10. Are you currently pregnant or breastfeeding? Yes No

I have read and understand information provided to me concerning the receiving of vaccines for COVID-19 and have had the opportunity to ask questions. I give my permission to receive COVID-19 vaccine. I authorize the provider of service to release information necessary for the processing of any claim for payment made on my behalf, and I authorize payment to the provider for such claim. I was offered a copy of the Rockingham County Division of Public Health Notice of Privacy Practices.

Your medical information from RCDHHS is shared with NC Health Information Exchange Authority (HIEA). If you wish to opt out of HIEA, please request the Opt Out Form from a staff member.

Signature _____ Date _____

FOR HEALTH DEPARTMENT USE ONLY

Clinic Location _____

Moderna Mfg/Lot Number _____
(z23 – ICD-10)

IM Administration Site: _____
(Circle one) Rt Deltoid / Lft Deltoid / Rt Thigh / Lft Thigh

Allergies and Reactions:

CPT Code 91301

Vaccine Name: SARS CoV2 100 mcg/0.5 ml

Document:

0011A Admin Moderna (1st dose)

Card

0012A Admin Moderna (2nd dose)

CVMS

Patagonia

Nurse Signature _____

Date _____

División del Condado de Rockingham de Salud Pública Consentimiento Para La Vacuna De Influenza/Nuemonia

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____
Apellido Nombre MI
Domicilio _____
Cuidad Estado Codigo Postal
SS# _____ Sex: Masculino Femenino Telefono # _____
Raza: Blanco Negro Amerindio/Nativo de Alaska Asiático/Habitantes de las islas del Pacifico Otro
Lenguaje preferido: Inglés _____ Español _____ Otro _____
Origen étnico: Cubano _____ ño Latino _____ Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo

Información Financiera

Seguro Medico: _____ Nombre en la Targeta: _____
de Poliza: _____ Fecha que tomo efecto: _____

Información de Vacunas

1. ¿Es alérgico a algún medicamento, alimento o producto? Yes No
2. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave? Yes No
3. ¿Llevas un epi-pen? Yes No
4. ¿Tiene fiebre con una temperatura superior a 100 ° F / o está enfermo hoy? Yes No
5. ¿Tiene actualmente algún síntoma de COVID-19 o ha estado en contacto cercano con alguien diagnosticado con COVID-19 en los últimos 14 días? Yes No
6. ¿Ha sido vacunado con alguna vacuna (incluida la gripe) en los últimos 14 días? Yes No
7. ¿Ha dado positivo por COVID-19 en los últimos 30 días? Yes No
8. ¿Ha recibido tratamiento para la infección por COVID-19 con plasma (o terapia pasiva de anticuerpos) en los últimos 90 días? Yes No
9. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o toma un anticoagulante? Yes No
10. ¿Está embarazada o amamantando actualmente? Yes No

He leído y entiendo la información que se me ha proporcionado con respecto a recibir las vacunas contra COVID-19 y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Doy mi permiso para recibir la vacuna COVID-19. Autorizo al proveedor del servicio a divulgar la información necesaria para el procesamiento de cualquier reclamo de pago realizado en mi nombre, y autorizo el pago al proveedor por dicho reclamo. Me ofrecieron una copia del [Aviso de prácticas de privacidad de la División de Salud Pública del Condado de Rockingham](#).

Su información médica de RCDHHS se comparte con NC Health Information Exchange Authority (HIEA). Si desea optar por no participar en HIEA, solicite el Formulario de exclusión voluntaria de un miembro del personal.

Firma: _____ Fecha: _____

FOR HEALTH DEPARTMENT USE ONLY

Clinic Location _____

Moderna Mfg/Lot Number _____
(z23 – ICD-10)

IM Administration Site: Rt Deltoid / Lft Deltoid / Rt Thigh / Lft Thigh
(Circle one)

Allergies and Reactions:

CPT Code 91301

Vaccine Name: SARS CoV2 100 mcg/0.5 ml

Document:

0011A Admin Moderna (1st dose)

Card

CVMS

0012A Admin Moderna (2nd dose)

Patagonia

Nurse Signature _____

Date _____