

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 90 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 (1<sup>st</sup> dose)

Card

0012A Admin Moderna (2<sup>nd</sup> 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 90 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 (1<sup>st</sup> dose)

Card

CVMS

0012A Admin Moderna (2<sup>nd</sup> dose)

Patagonia

Nurse Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_