

1st Dose 2nd Dose Single Dose

Pfizer Moderna

Janseen ****Personal solo utiliza****

**Consentimiento y Proyección de las Vacunas COVID - 19
Moderna/ Pfizer/ Janseen**

Sección 1: información de usted (Llene claramente)

Apellido: _____		Primer Nombre: _____		Inicial del segundo nombre: _____	
Fecha De Nacimiento(mm/dd/aaaa): _____			Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		
Número de Teléfono: _____					
Dirección: _____			Núm. De apartamento o edificio: _____		
Ciudad: _____		Estado: _____		Código Postal: _____	
Raza: <input type="checkbox"/> Indio(a) americano(a) o nativo(a) de alaska <input type="checkbox"/> Asiatico(a) <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano(a) <input type="checkbox"/> Nativo(a) Hawaiano(a) u otro Isleno(a) del pacifico <input type="checkbox"/> Americano(a) <input type="checkbox"/> Europeo(a) <input type="checkbox"/> otro					
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano(a) o Latino(a) <input type="checkbox"/> No hispana o latina <input type="checkbox"/> otro					
Seguro Primario Nombre del seguro principal: _____ #Telefono _____					
Número de identificación de miembro: _____		Numero de Grupo: _____			
Nombre del suscriptor: _____			Fecha de nacimiento del suscriptor: _____		
Relacion al suscriptor: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a)					
Seguro Secundario					
Nombre del seguro principal: _____		Numero de teléfono: _____			
Número de identificación de miembro: _____		Numero de Grupo: _____			
Nombre del suscriptor: _____			Fecha de nacimiento del suscriptor: _____		
Relacion al suscriptor: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a)					
<input type="checkbox"/> No Asegurado Numero de Seguro Social (si existe): _____					
¿Es esta la primera o segunda dosis de la vacuna COVID - 19 para el paciente? <input type="checkbox"/> Primera <input type="checkbox"/> Segunda					
Vacuna administrada de primera: <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Pfizer					

Sección 2: preguntas sobre la detección del COVID - 19

Marque si o no para cada pregunta.	Si	No
1. ¿Esta enfermo/a hoy?		
2. en las ultimas 2 semanas, ¿ ha dado positivo en la prueba de COVID - 19?		
3. ¿ha tenido una reacción alérgica grave a una dosis anterior de esta vacuna oa alguno de los ingredientes?		
4. ¿ha recibido alguna otra vacuna en los ultimos 14 dias?		
5. ¿Ha tenido en los últimos 10 días, fiebre, escalofríos, tos, dificultad para respirar o moqueo, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, perdida del sabor o olor, dolor de garganta, congestión, náuseas, vomitos o diarrea?		
6. ¿Lleva un EPI - PEN para el tratamiento de emergencia de anafilaxis?		
Solo mujeres:		
7. ¿está amamantando? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
8. ¿está embarazada or existe la posibilidad de que pueda quedar embarazada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Si a contestado "si" a las preguntas, consulto con su doctor/a, para aprobar de ponerse la vacuna del COVID - 19? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

Sección 3: Guía de detección de inmunización para la vacuna contra el COVID - 19

Marque sí o no para cada pregunta.	Si	No
9. ¿tiene alergias o reacciones a algún medicamento, alimento, vacuna o látex? sírvanse explicar:		
10. ¿está inmunodeprimido o está en un medicamento que afecta su sistema inmunológico?		
11. ¿tiene un trastorno hemorrágico o está tomando anticoagulantes/ medicamentos anticoagulantes?		
12. ¿Ha recibido una dosis previa de alguna vacuna contra el COVID-19? en caso afirmativo, ¿qué vacuna del fabricante recibió? <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Janseen ("Johnson & Johnson")		

- Certifico que soy: (a) el paciente y al menos 18 años de edad si recibe la vacuna Moderna o Janssen o al menos 12 años de edad si recibe la vacuna Pfizer; b) el tutor legal del paciente y confirmar que el paciente tiene al menos 18 años de edad si recibe la vacuna Moderna o Janssen o al menos 12 años de edad si recibe la vacuna de Pfizer; o (c) autorizado a dar su consentimiento para la vacunación del paciente mencionado anteriormente. además, por la presente doy mi consentimiento a la clínica The Wellness Center, inc. o a sus proveedores para administrar la vacuna contra el COVID -19.
- Entiendo que este producto no ha sido aprobado o autorizado por la administración de alimentos y medicamento (FDA), pero ha sido autorizado para uso de emergencia por la administración de alimentos y medicamentos (FDA), bajo la Autorización de Uso de Emergencia (EUA) para prevenir la enfermedad por Coronavirus 2019 para su uso en individuos de 18 años de edad o más; **y el uso de emergencia de este producto solo está autorizado para la educación de la declaración de que existen circunstancias que justifican la autorización del uso de emergencia del producto médico bajo la Sección 564(b) (1) de la Ley Federal de Alimentos, Medicamentos y Cosméticos (FD&C Act) al menos que la declaración se termina o la autorización se revoca antes.**
- Entiendo que no es posible predecir todos los posibles efectos secundarios o complicaciones asociadas con la recepción de la(s) vacuna(s). Entiendo los riesgos y beneficios asociados con la vacuna anterior y he recibido, leído y/o explicado a la Hoja Informativa de Autorización de Uso de Emergencia sobre la vacuna COVID - 19 que he elegido recibir. También reconozco que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que tales preguntas fueron respondidas a mi satisfacción.
- Reconozco que me han aconsejado permanecer cerca de la ubicación de vacunación aproximadamente 15 minutos después de la administración para la observación.
- Sí tengo una reacción grave después de salir del centro donde se administró la vacuna contra el COVID -19, llamaré al 9-1-1 o iré al hospital más cercano.
- En mi nombre, en el de mis representantes personales y personales, por la presente libero y extengo a la clínica The Wellness Center, Inc., y a su personal, agentes, sucesores, divisiones, afiliados, subsidiarias, funcionarios, directores, contratistas y empleados de todas y cada una de las responsabilidades o reclamos, ya sean conocidos o desconocidos, que surjan de, en relación con, o de alguna manera relacionados con la administración de la vacuna mencionada anteriormente.
- Reconozco que: (a) entiendo los propósitos / beneficios de ImmTrac2, el Registro de Inmunización de Texas y (b) MCR Health, Inc., pero entiendo que también puedo optar por no participar. Incluiré mi información personal de inmunización en Texas y mi información de inmunización personal se compartirá con los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) u otras agencias federales a menos que solicite que no se comparta.
- Además, autorizo a la clínica The Wellness Center, Inc., o a sus agentes a presentar un reclamo a mi proveedor de seguros o a la Parte B de Medicare sin el pago de cobertura suplementaria para mí por los artículos y servicios solicitados anteriormente. asigno y solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre a la clínica The Wellness Center Inc., o a sus agentes con respecto a los artículos y servicios solicitados anteriormente. si no tengo seguro, proporcionaré la información requerida para que la clínica The Wellness Center Inc., se presente para su reembolso al fondo CARES Act / HRSA.
- Acuso recibido el Aviso de Derechos de Privacidad.

Firma del paciente o representante autorizado: _____

Imprimir nombre y/o del representante y la relación con la persona que recibe la vacuna:

_____ Yo Hijo(a) Guardian(relación): _____

Fecha: _____

Vaccinator Print Name: _____

Signature: _____

Date: _____

Vaccine administering provider suffix: _____



5521 Bellaire Dr. S Ste. 114, Fort Worth, TX 76109
 P: (817) 926 - 9642 E - mail: twcforworth@gmail.com

<input type="checkbox"/> 1 st Dose	<input type="checkbox"/> 2 nd Dose	<input type="checkbox"/> Single Dose
Pfizer	Moderna	
Janseen	** Staff Use Only **	

COVID - 19 Vaccine Screening and Consent Form Moderna/ Pfizer/ Janseen

Section 1: Information about you (PLEASE PRINT)

Last Name:		First Name:		Middle Initial:	
Date of Birth(mm/dd/yyyy):			Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		Mobile Phone#:
Address:				Apt/ Room/ Suite#:	
City:		State:		Zip Code:	
Race:					Ethnicity:
<input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native <input type="checkbox"/> Native American <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or other Pacific Islander <input type="checkbox"/> Other Asian <input type="checkbox"/> Other non - white <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> Other					<input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Non-Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Other/ unknown
<input type="checkbox"/> Uninsured		Social Security Number (if any):			
Primary Insurance Name: _____			Phone Number: _____		
Member ID#: _____		Group#: _____			
Subscriber Name: _____			DOB: _____		Relationship: _____
Secondary Insurance Name: _____			Phone Number: _____		
Member ID#: _____		Group#: _____			
Subscriber Name: _____			DOB: _____		Relationship: _____
Is this the patients first or second dose of the COVID - 19 vaccination? <input type="checkbox"/> 1 st Dose <input type="checkbox"/> 2 nd Dose					
Vaccine administered on 1st dose: <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Pfizer			<input type="checkbox"/> Janseen Vaccine Single Dose		

Section 2: COVID - 19 Screening Questions

Please check YES or NO for each question.	YES	NO
1. Are you sick today?		
2. Have you had a severe allergic reaction to a previous dose of this vaccine or to any of the ingredients of this vaccine?		
3. Have you had any other vaccinations in the previous 14 days?		
4. Do you carry an Epi - Pen for emergency treatment of anaphylaxis?		
5. In the past 2 weeks, have you tested positive for COVID - 19?		
6. Have you had in the last 10 days fever, chills, cough, shortness of breath/difficulty breathing, fatigue, muscle pain or body aches, headache, new loss of taste or smell, sore throat, congestion or runny nose, nausea, vomiting or diarrhea?		
Women Only: if, you answered "YES", have you consulted with your doctor, to approve to get the COVID - 19 Vaccines.		
7. Are you pregnant or is there a chance you could become pregnant?		
8. Are you breast feeding?		

Section 3: Immunization screening guidance for COVID - 19 vaccine

Please check YES or NO for each question.	YES	NO
9. Do you have allergies or reactions to any medications, foods, vaccine, latex or other? Please explain:		
10. Are you immunocompromised or on medicine that affects your immune system?		
11. Do you have a bleeding disorder or are you on blood thinner/ blood - thinning medication?		
If answered "YES" to questions 9 - 11, have you consulted with your doctor to approve to get the COVID - 19 Vaccines?		
12. Have you received a previous dose of any COVID - 19? If yes, which manufacturer's vaccine did you receive:		

- I certify that I am: (a) the patient and at least 18 years of age if receiving the Moderna or Janseen vaccine or at least 12 years of age if receiving the Pfizer vaccine; (b) the legal guardian of the parent and confirm that the patient is at least 18 years of age if receiving the Moderna or Janseen or at least 12 years of age if receiving Pfizer vaccine; or (c) authorized consent for vaccination for the patient above. Further, I hereby give my consent to The Wellness Center, Inc., or its agents to administer the COVID – 19 vaccine.
- I understand that this product has not been approved or licensed by FDA, but has been authorized for emergency use by FDA, under an EUA to prevent Coronavirus Disease 2019 for use in individuals for 18 years of age or older for Moderna and Janseen and 12 years of age and older for Pfizer vaccine; and **the emergency use of this product is only authorized for the duration of the declaration that circumstances exist justifying the authorization of emergency use of the medical product under Section 564(b)(1) of the FD&C Act unless the declaration is terminated or authorization revoked sooner.**
- I understand that it is not possible to predict all possible side effects or complications associated with receiving vaccine(s). I understand the risks and benefits associated with the above vaccine and have received, read and/or had explained to me Emergency Use Authorization Fact Sheet on the COVID – 19 vaccine, I have elected to receive. I also acknowledge that I have had a chance to ask questions and that such questions were answered to my satisfaction.
- I acknowledge that I have been advised to remain in the vaccination location for approximately 15 minutes after administration for observation.
- If I experience a severe reaction after leaving the facility where the COVID – 19 vaccination was administered. I will call 9 – 1 – 1 or go to the nearest hospital.
- On behalf of myself, my heirs and personal representatives, I hereby release and hold harmless The Wellness Center Inc., and their staff, agents, successors, divisions, affiliates, subsidiaries, officers, directors, contractors and employees from any and all liabilities or claims whether known or unknown arising out of, in connection with, or in any way related to the administration of the vaccine listed above.
- I acknowledge that: (a) I understand the purposes/ benefits of the ImmTrac2, the Texas Immunization Registry and (b) MCR Health, Inc., but understand that I can opt out also. I will include my personal immunization information in Texas and my personal immunization information will be shared with the Centers for Disease Control (CDC) or other federal agencies unless I request for it to not be shared.
- I further authorize The Wellness Center Inc., or its agents to submit a claim to my insurance provider or Medicare Part B without supplemental coverage payment for me for the above requested items and services, I assign, and request payment of authorized benefits be made on my behalf to the The Wellness Center Inc., or its agents with respect to the above requested items and services. If I do not have insurance, I will provide the required information for The Wellness Center Inc., to submit for reimbursement to the CARES Act/HRSA fund.
- I acknowledge receipt of the Notice of Privacy Rights.

Signature of patient or authorized representative: _____

Print Name of representative and relationship to person receiving vaccine: _____

Self Son/ Daughter Legal Guardian: _____ **Date:** _____

Vaccinator print name: _____

Signature: _____

Date: _____

Vaccine administering provider suffix: _____