



COVID-19 Vaccine Release Form

Formulario de Consentimiento para la Vacuna contra el COVID-19

Today's Date *Fecha de hoy*: _____ Check one *Marque uno*: Male *Hombre* ☐ Female *Mujer* ☐
 Recipient First Name *Primer Nombre de Recipiente*: _____ Last Name *Apellido*: _____
 Date of Birth *Fecha de Nacimiento*: _____
 Physical Address *Dirección física*: _____ City *Ciudad*: _____
 State *Estado*: _____ Zip código postal: _____
 Phone *Numero de Teléfono*: _____ Emergency Contact & Phone *Contacto de Emergencia / Numero de Teléfono*: _____
 Race *Raza*: _____ Ethnicity *Etnia*: _____

☐ By checking this box, you acknowledge that you will arrive between 10:30 AM - 1:00 PM on the day of the injection and understand that the 2nd injection will be 4 weeks later. We will not hold injections for anyone. First come, First serve.
Al marcar esta casilla, reconoce que llegará entre las 10:30 am. -1:00 pm. El día de la inyección y comprende que la segunda inyección será 4 semanas después. No retendremos inyecciones para nadie. Se le sirve en orden de llegada.

COVID-19 VACCINE CONSENT (18 YEARS OF AGE AND OLDER)

Consentimiento para la Vacuna contra el COVID-19

Please Initial Each Item *Por favor firme sus iniciales*:

_____ I have been informed that the COVID-19 vaccine is an unapproved vaccine that has been authorized for use by the FDA under Emergency Use Authorization. *Se me ha informado que la vacuna contra el COVID-19 es una vacuna no aprobada que ha sido autorizada para su uso por la FDA bajo la autorización de uso de emergencia.*

_____ I have received the "Fact Sheet for Recipients and Caregivers." *He recibido la "Hoja Informativa para Receptores y Proveedores de Cuidado".*

_____ I understand that the COVID-19 vaccine is not mandatory. *Entiendo que la vacuna contra el COVID-19 no es obligatoria.*

_____ I understand the significant known and potential risks and benefits of the COVID-19 vaccine, and the extent to which such risks and benefits are unknown. *Entiendo los significantes riesgos y beneficios conocidos y posibles de la vacuna contra el COVID-19, y hasta qué punto se desconocen dichos riesgos y beneficios.*

 Signature Patient or Parent/Caregiver

Martin County Hospital District use ONLY:

IM Arm: RT _____ LT _____ Nurse (print name): _____

Manufacturer: _____

LOT# _____ Nurse Signature: _____

Expiration Date: _____

REGISTRATION# _____

IMMTRAC# _____