



FAMILY CHRISTIAN HEALTH CENTER  
**COVID-19 IMMUNIZATION INFORMED CONSENT FORM**

First Name: \_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Age \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_ TEMP: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_ Email Address: \_\_\_\_\_

Gender assigned at birth:  Female  Male  Other

Ethnicity:  Hispanic or Latino  Non-Hispanic or Latino  Unknown  Decline to answer

Race:  Native American  African American/Black  Latino/a  Native Hawaiian or Pacific Islander  White  Asian  Decline to answer

Please select one of the following:  FCHC Employee or Contractor  FCHC Patient  Non- FCHC Patient

Pfizer	Moderna	Janssen (Johnson & Johnson)
1st Dose: <input type="checkbox"/>	1st Dose: <input type="checkbox"/>	1st Dose: <input type="checkbox"/>
2nd Dose: <input type="checkbox"/>	2nd Dose: <input type="checkbox"/>	

Screening Questions: Please Complete		Yes	No	Unsure/Don't Know
1.	<b>Are you feeling sick today?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<b>Have you ever had an allergic reaction to a component of a COVID-19 vaccine, including either of the following:</b> (This would include a severe allergic reaction [e.g., anaphylaxis] that required treatment with epinephrine or EpiPen® or that caused you to go to the hospital. It would also include an allergic reaction that caused hives, swelling, or respiratory distress, including wheezing.) <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Polyethylene glycol (PEG)</b>, which is found in some medications, such as laxatives and preparations for colonoscopy procedures.</li> <li>• <b>Polysorbate</b>, which is found in some vaccines, film coated tablets, and intravenous steroids</li> <li>• A previous dose of COVID-19 vaccine</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.	<b>Have you ever had an allergic reaction to another vaccine (other than COVID-19 vaccine) or an injectable medication?</b> (This would include a severe allergic reaction [e.g., anaphylaxis] that required treatment with epinephrine or EpiPen® or that caused you to go to the hospital. It would also include an allergic reaction that caused hives, swelling, or respiratory distress, including wheezing.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<b>Check ALL that apply to you:</b> <input type="checkbox"/> Am a female between ages 18 and 49 years old <input type="checkbox"/> Am a male between ages 12 and 29 years old <input type="checkbox"/> Have a history of myocarditis or pericarditis <input type="checkbox"/> Had a severe allergic reaction to something other than a vaccine or injectable therapy such as food, pet, venom, environmental or oral medication allergies <input type="checkbox"/> Had COVID-19 and was treated with monoclonal antibodies or convalescent serum <input type="checkbox"/> Diagnosed with Multisystem Inflammatory Syndrome (MIS-C or MIS-A) after a COVID-19 infection <input type="checkbox"/> Have a weakened immune system (i.e., HIV infection, cancer) <input type="checkbox"/> Take immunosuppressive drugs or therapies <input type="checkbox"/> Have a bleeding disorder <input type="checkbox"/> Take a blood thinner <input type="checkbox"/> Have a history of heparin-induced thrombocytopenia (HIT) <input type="checkbox"/> Am currently pregnant or breastfeeding <input type="checkbox"/> Have received dermal fillers			

I will/have reviewed my answers to all the questions above with the vaccinator. If I experience any adverse reactions after leaving, I will notify my primary care provider. I have reviewed the Emergency Use Authorization Fact Sheet provided to me today. I understand the benefits and risks of the COVID-19 vaccine. The vaccine checked above should be given to the person named above for whom I am authorized to make this request. I understand that I can review a Notice of Privacy Practice at the time of vaccination.

Patient/Authorized Person Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**FOR CLINICIAN/HEALTHCARE PROVIDER ONLY**

Vaccine	Vaccine Date	Manufacturer	Dosage		Route IM R/L	Lot #/Exp Date (#/Date)	Signature of Administrator
	Date:  EUA Given?:			<input type="checkbox"/> Dose 1			
	Date:  EUA Given?:			<input type="checkbox"/> Dose 2			

31 West 155th St  
Harvey, IL 60426

15620 S Wood St  
Harvey, IL 60426

713 E 142nd St  
Dolton, IL 60419

19767 Torrence Ave  
Lynwood, IL 60411

**Familychc.com**  
**708.596.5177**



FAMILY CHRISTIAN HEALTH CENTER

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE VACUNACION CONTRA EL COVID-19**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Direccion: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ TEMP: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Genero asignado al nacer:  Mujer  Hombre  Otro **Ethnia:** Hispano u Latino Non-Hispano u Latino  Desconocido  
Negouse contestar

**Raza:** Nativo Americano AfroAmericano Latino/a Nativo Havaiano u Isleno del Pacifico Blanco Asiatico Negouse contestar Por favor **selecciona uno de los siguientes:**  FCHC Empleado u Contractista  FCHC Paciente  Non- FCHC Paciente

Pfizer	Moderna	Janssen (Johnson & Johnson)
1st Dose: <input type="checkbox"/>	1st Dose: <input type="checkbox"/>	1st Dose: <input type="checkbox"/>
2nd Dose: <input type="checkbox"/>	2nd Dose: <input type="checkbox"/>	

Preguntas de Seleccion: Por Favor Complete		Si	No	No Lo Se
1.	Se siente enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Ha tenido alguna reaccion alergica a algun componente de la vacuna del COVID-19, incluyendo como qualquiera de los siguientes: (Esto incluiria una reaccion alergica severa [e.g., anaphylaxis] que requiera tratamiento con epinephrine o EpiPen® o que tenga que ir al hospital. tambien incluiria una reaccion alergica que causaria urticaria, hinchazon, o dificultad respiratoria, incluyendo sibilancias.) <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Polyethylene glycol (PEG)</b>, que se encuentra en algunos medicamentos, como laxativos y preparaciones para procedimientos para colonoscopia.</li> <li><b>Polysorbate</b>, que se encuentra en algunas vacunas, comprimidos recubiertos con pelicula y esteroides intravenosos.</li> <li>Una dose anterior de la vacuna contra el COVID-19</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.	Alguna vez has tenido una reaccion alergica por alguna otra vacuna (otra que la vacuna contra el COVID-19) o algun medicamento inyectable? (Esto incluiria una reaccion alergica severa [e.g., anaphylaxis] que requiera tratamiento con epinephrine o EpiPen® o que tenga que ir al hospital. Tambien incluiria una reaccion alergica que causaria urticaria, hinchazon, o dificultad respiratoria, incluyendo sibilancias .)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Marque TODO lo que se aplique a usted: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Yo soy una mujer entre los 18 y 45 años de edad</li> <li><input type="checkbox"/> Yo soy un hombre entre los 12 y 29 años de edad</li> <li><input type="checkbox"/> Yo tengo un antecedente de miocarditis o pericarditis</li> <li><input type="checkbox"/> Yo he tenido una reaccion alergica severa por algo que no sea una vacuna o terapia inyectable como alguna comida, mascota, veneno o alguna medicacion ambiental oral.</li> <li><input type="checkbox"/> Yo he tenido COVID-19 y he sido tratado con anticuerpos monoclonicos o suero convaleciente</li> <li><input type="checkbox"/> Diagnosticado con Sindrome Inflamatorio Multisistemico (MIS-C or MIS-A) despues de haber tenido infeccion por COVID-19</li> <li><input type="checkbox"/> Tengo un sistema immune debil (i.e., infeccion por HIV, cancer)</li> <li><input type="checkbox"/> Tomo drogas o terapia inmunosupresoras</li> <li><input type="checkbox"/> Tengo desorden sangrante</li> <li><input type="checkbox"/> Tomo un anticoagulante</li> <li><input type="checkbox"/> Tengo un antecedente de thrombocytopenia provocada por heparina (HIT)</li> <li><input type="checkbox"/> Yo estoy embarazada o amamantando</li> <li><input type="checkbox"/> Yo he recibido rellenos dérmicos</li> </ul>			

Yo hube revisado con la vacunadora mis respuestas a todas las preguntas. Si yo experimento alguna reaccion adversa despues de salir, yo comunicare a mi doctor de cabecera. Yo he revisado la hoja de Autorizacion de Hechos para Casos de Emergencia que me he sido enseñada hoy. Yo entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra el COVID-19. La vacuna marcada arriba deberia ser dada a la persona nombrada arriba para quien yo estoy autorizada para hacer esta solicitud. Yo entiendo que yo puedo revisar un Aviso de Practicas de Privacidad en el momento de la vacunacion.

**Firma del Pacientet/Persona Autorizada:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**SOLO PARA USO DEL PROVEEDOR DE SALUD**

Vaccine	Vaccine Date	Manufacturer	Dosage		Route IM R/L	Lot #/Exp Date (#/Date)	Signature of Administrator
	Date:  EUA Given?:			<input type="checkbox"/> Dose 1			
	Date:  EUA Given?:			<input type="checkbox"/> Dose 2			