



**Moderna / Spikevax COVID-19 (2024-2025 Formula) LEGACY MEDICAL CARE
SARS-CoV-2 Vaccine (COVID-19), Moderna / Spikevax (2024-2025 Formula)
CONSENT FORM AND ADMINISTRATION RECORD**

CLEARLY PRINT information below about the person receiving the vaccine.

Last Name: _____ **First Name:** _____ **Middle Name:** _____

Date of Birth: _____ **Sex:** Male Female Other

Ethnicity: Hispanic Not Hispanic Choose not to disclose

Race: American Indian/ Alaskan Indian Asian African American Caucasian Hispanic/Latino
 Native Hawaiian/ Other Pacific Islander Other Race/Multiracial Prefer not to disclose.

Home Address: _____ **City:** _____ **State:** _____ **Zip:** _____

County: _____ **Phone Number** _____

Please answer all the questions below.

1. Are you under 6 months of age? YES NO
2. Are you currently in quarantine or isolation? YES NO
3. Have you received the Monkeypox vaccine in the last 4 weeks? YES NO
4. Have a history of COVID-19 positive within the past 3 months? YES NO
5. Are you experiencing moderate or severe acute illness with or without fever, including any COVID-19 symptoms?..... YES NO

If you answered "YES" to any of the questions above this clinic is not able to provide the vaccine at this time.

6. Have you received MMR/Varicella/Proquad vaccines in the past 30 days? YES NO
7. Have you ever received a COVID-19 vaccine? YES NO
If yes, when and what brand? _____
8. Do you have a bleeding disorder, or are you taking anticoagulants (Aspirin/Warfarin/Coumadin)? YES NO
9. Have you ever had a serious reaction to a vaccine/injectable medication (e.g., anaphylaxis)?..... YES NO
10. Are you allergic to any of the ingredients in the COVID-19 vaccine?..... YES NO

NOTE: Please continue to protect yourself and others from COVID-19 with good hand washing, wearing a mask, maintaining social distance of at least 6 feet from others, and staying home when you are ill.

CONSENT: I have been given and read the Emergency Use Authorization (EUA) or Vaccine Information Sheet (VIS) for the Moderna/Spikevax COVID-19 (2024-2025 Formula), and I have had my questions answered about the COVID-19 vaccine. I understand the benefits and the risks of the COVID-19 vaccine and ask that the vaccine be given to me. Moderna/Spikevax COVID-19 (2024-2025 Formula) may require a series of doses to be considered fully vaccinated. I agree to obtain the series as recommended by the Illinois Department of Public Health IDPH.

I consent to the administration of the vaccine by representatives of Legacy Medical Care (LMC). I fully release and discharge Legacy Medical Care, its affiliates and their officers, directors, employees, and persons acting on their behalf or at their direction from any liability or claim related to the administration of, or my receipt of, the vaccine. I attest I am eligible for the vaccine I am requesting per the Illinois Department of Public Health IDPH guidelines.

If you are under 18 years old, your custodial parent or a legal guardian may consent on your behalf and sign this form; minors may not consent for vaccination unless they are emancipated by a court, pregnant, married, minor-parents, or a "minor seeking primary care" with verification of status in writing by a qualified adult under the Illinois Consent by Minors Act. If I am signing this document on behalf of a minor, I affirm that I have legal authority to consent to the minor's medical care.

I confirm that I am eligible for the vaccine I am requesting according to the Illinois Department of Public Health IDPH guidelines.

SIGNATURE: _____ **Relationship to minor:** _____ **Date:** _____

(If a minor, a parent or legal guardian must sign)

First and Last name of an additional individual who is authorized to bring the minor to receive the COVID-19 vaccine:

First Name: _____ **Last Name:** _____ **Relationship to minor:** _____

BELOW FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY

Route IM:	<input type="radio"/> Left	<input type="radio"/> Deltoid	Administration Dose (Check One): <input type="radio"/> 6mo-11yr Moderna (2024-2025) 0.25mL/25µg (Green) Pre-Filled Syringe <input type="radio"/> 12yr + Spikevax (2024-2025) 0.5mL/50µg (Blue) Pre -Filled Syringe		
	<input type="radio"/> Right	<input type="radio"/> Vastus Lateralis			
Moderna/Spikevax COVID-19 (2024-2025) Lot# Sticker:					
Vaccine Administrator Signature:		Administration Date:	Title:	Immunocompromised:	
				<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No

New Patient Established Patient Insured: YES NO

Information entered in I-CARE: Initials: _____ Date _____/_____/_____



Moderna / Spikevax COVID-19 (2024-2025 Formula) LEGACY MEDICAL CARE
Vacuna contra el SARS-CoV-2 (COVID-19), Moderna / Spikevax (Fórmula 2024-2025)
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN

ESCRIBA CLARAMENTE la información siguiente sobre la persona que recibirá la vacuna.

Apellido: _____ **Nombre:** _____ **Segundo Nombre:** _____

Fecha de Nacimiento _____ **Sexo:** Masculino Femenino Otro

Grupo étnico: Hispano No Hispano Prefiero no compartir

Raza: Asiático/a Afroamericano/a Caucásico/a Hispano/Latino Indio Americano/Indio de Alaska
 Hawaiano nativo/otra isleña del Pacífico Otra/Más de una raza Prefiero no compartir

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Condado: _____ **Número de Teléfono:** _____

Por favor responda todas las preguntas que aparecen a continuación.

1. ¿Es menor de 6 meses de edad? SI NO
2. ¿Está actualmente en cuarentena o aislamiento? SI NO
3. ¿Ha recibido la vacuna contra la viruela del mono [Monkeypox] en las últimas 4 semanas? SI NO
4. ¿Tiene antecedentes de COVID-19 positivo en los últimos 3 meses? SI NO
5. ¿Presenta alguna enfermedad aguda moderada o grave, con o sin fiebre, incluido cualquier síntoma de COVID? SI NO

Si usted respondió "SÍ" a una de las preguntas anteriores esta clínica no podría administrarle la vacuna en este momento.

6. ¿Ha recibido alguna vacuna contra Sarampión, Paperas, Rubeola, o Varicela en los últimos 30 días?..... SI NO
7. ¿Alguna vez ha recibido una vacuna contra el COVID-19? SI NO
 ¿Si es así, Cuándo y qué marca?? _____
8. ¿Tiene algún trastorno hemorrágico o está tomando anticoagulantes (Aspirina/Warfarina/Coumadin)? SI NO
9. ¿Ha tenido alguna reacción grave a una vacuna/medicamento inyectable (por ejemplo, anafilaxis)? SI NO
10. ¿Es alérgico(a) a alguno de los ingredientes de la vacuna contra el COVID?..... SI NO

NOTA: Por favor, siga protegiéndose y protegiendo a los demás contra el COVID-19 lavándose bien las manos, usando mascarilla, manteniendo una distancia social de al menos 6 pies de los demás, y quedándose en casa cuando esté enfermo(a).

CONSENTIMIENTO: Me han dado y e leído la Autorización de Uso de Emergencia (EUA) o Hoja de Información de Vacunas (VIS) para la Vacuna Moderna/Spikevax COVID-19 (Fórmula 2024-2025) y me han respondido mis preguntas sobre la vacuna COVID-19. Entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna COVID-19 y autorizo que me administren la vacuna. Moderna/Spikevax COVID-19 (Fórmula 2024-2025) puede requiere una serie de dosis para considerarse completamente vacunado. Acepto obtener la serie según lo recomendado por el Departamento de Salud Pública de Illinois IDPH.

Yo autorizo y consiento la administración de la vacuna por representantes de Legacy Medical Care (LMC). Yo libero por completamente a Legacy Medical Care, a sus afiliados y a sus funcionarios, directores, empleados y personas que actúen en su nombre o en su dirección de cualquier responsabilidad o reclamo relacionado con la administración o mi recibimiento de la vacuna. Doy fe de que soy elegible para recibir la vacuna que solicito según las pautas del Departamento de Salud Pública de Illinois IDPH

Si tiene menos de 18 años, su padre con custodia o tutor legal puede dar su consentimiento en su nombre y firmar este formulario; los menores no pueden dar su consentimiento para la vacunación a menos que estén emancipados por un tribunal, embarazadas, casadas, con padres menores de edad o un "menor que busca atención primaria" con verificación de estado por escrito por parte de un adulto calificado en virtud de la Ley de Consentimiento de Menores de Illinois. Si estoy firmando este documento en nombre de un menor, afirmo que tengo la autoridad legal para dar mi consentimiento para la atención médica del menor.

Yo confirmo que soy elegible para la vacuna que estoy solicitando según las normas de Departamento de Salud Pública de Illinois IDPH.

Firma: _____ **Su relación al menor:** _____ **Fecha:** _____

(Si es menor, el padre o tutor legal debe firmar)

Nombre y apellidos de una persona adicional que está autorizada a llevar al menor a recibir la vacuna COVID-19:

Primer Nombre: _____ **Apellido:** _____ **Su relación al menor:** _____

BELOW FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY:

Route IM:	<input type="radio"/> Left	<input type="radio"/> Deltoid	Administration Dose (Check One):		
	<input type="radio"/> Right	<input type="radio"/> Vastus Lateralis			
Moderna/Spikevax COVID-19 (2024-2025) Lot# Sticker:			<input type="radio"/> 12yr + Spikevax (2024-2025) 0.5mL/50µg (Blue) Pre -Filled Syringe		
Vaccine Administrator Signature:		Administration Date:	Title:	Immunocompromised:	
				<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No

New Patient Established Patient **Insured:** YES NO

Information entered in I-CARE: Initials: _____ Date _____/_____/_____