



**MNHC**  
Mission Neighborhood  
Health Center

# COVID-19 Vaccine Consent Form

MODERNA

JANSSEN

## BACKGROUND & INSTRUCTIONS

According to the State of California, starting April 15, 2021— only those meeting vaccine eligibility criteria are eligible for the COVID-19 vaccine. You must meet the age criteria to receive the vaccine at MNHC.

Please select one of the options that apply to you:

I am 18 years of age or older

I am younger than 18 years of age and do not meet COVID-19 vaccine eligibility.

## ATTESTATION

- I attest that I meet California’s current COVID-19 vaccine requirements, as selected above.
- I understand MNHC will ask me for proof of identify (and age, if applicable).
- I agree to receive the COVID-19 vaccine (checked mark above) and received the Emergency Use Authorization Fact Sheet
- I understand I will need to wait 15 to 30 minutes after my vaccination for observation.
- I understand MNHC is required to report this immunization to the California Immunization Registry.

<b>Today’s Date:</b>	
<b>Full Name:</b>	
<b>Date of Birth:</b>	
<b>Telephone Number:</b>	
<b>Home Address, City, State, Zip:</b>	
<b>Race:</b>	<input type="checkbox"/> American Indian or Native American <input type="checkbox"/> Black or African-American <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> White (including Hispanic or Latino) <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander <input type="checkbox"/> Other Race
<b>Ethnicity:</b>	<input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino
<b>Gender:</b>	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Non-Binary <input type="checkbox"/> Unknown
<b>Signature:</b>	



**MNHC**  
Mission Neighborhood  
Health Center

# Consentimiento Para La Vacuna COVID-19

MODERNA

JANSSEN

## REFERENCIA E INSTRUCCIONES

Según el estado de California, a partir del 15 de Abril del 2021 - solo las personas que cumplen con los criterios de elegibilidad son elegibles para recibir la vacuna contra COVID-19. Debe cumplir con los criterios de edad para recibir la vacuna en MNHC.

**Por favor seleccione una de las opciones que se apliquen a usted:**

Tengo 18 años de edad o más

Soy menor de 18 años y no cumplo con los requisitos para recibir la vacuna contra COVID-19.

## DECLARACIÓN

- Doy fe de que cumplo con el requisito actual de la vacuna COVID-19 en California, como se seleccionó anteriormente.
- Entiendo que MNHC me pedirá prueba de identidad (y edad, si corresponde).
- Acepto recibir la vacuna contra COVID-19 (marcada arriba) y recibí la Hoja de datos de autorización de uso de emergencia.
- Entiendo que tendré que permanecer bajo observación por 15 a 30 minutos después de ser vacunado(a).
- Entiendo que es requerido que MNHC reporte esta vacuna al Registro de Vacunas de California.

<b>Fecha de hoy:</b>	
<b>Nombre completo:</b>	
<b>Fecha de nacimiento:</b>	
<b>Teléfono:</b>	
<b>Domicilio, Ciudad, Estado, Zona Postal:</b>	
<b>Raza:</b>	<input type="checkbox"/> Indio American/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco (incluye Latino/Hispano) <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Otro Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> Otra raza
<b>Etnicidad:</b>	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No es Hispano/Latino
<b>Género:</b>	<input type="checkbox"/> Masculino/Hombre <input type="checkbox"/> Femenina/Mujer <input type="checkbox"/> No-binaria/o <input type="checkbox"/> No Se
<b>Firma:</b>	