



BACKGROUND & INSTRUCTIONS

According to the State of California, 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 between 12 – 17 years of age with a parent or guardian present
- I am between 12 – 17 years of age without a parent or guardian present, but parent/guardian signed Consent Form.
- I am between 12 – 17 years of age without a parent or guardian present and without a signed Consent Form
- I am 18 years of age or older
- I am younger than 12 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 that if I am between 12 and 17 years of age without my parent/guardian present and/or without a signed Consent Form from my parent/guardian, then MNHC will make a reasonable attempt to reach my parent/guardian via telephone. If MNHC cannot reach the parent/guardian for consent, then MNHC will vaccinate the minor youth upon receipt of this Consent Form. This dictated in the SFDPH [Order of the Health Officer No. C19-19](#).
- I agree to receive the COVID-19 vaccine (**type: Pfizer**) and received the Emergency Use Authorization Fact Sheet
- I understand I must wait 15 - 30 minutes after my vaccination for observation.
- I understand MNHC is required to report this immunization to the California Immunization Registry.

| | | | |
|--|---|--|--|
| Today’s Date: | | | |
| Patient’s Full Name: | | | |
| Patient’s Date of Birth: | | | |
| Patient’s Phone #: | | | |
| If under 18, Parent or Guardian Name | | Parent or Guardian Phone # | |
| Patient’s Home Address, City, State, Zip: | | | |
| Patient’s Race: | <input type="checkbox"/> American Indian or Native American <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander | <input type="checkbox"/> Black or African-American <input type="checkbox"/> White (including Hispanic or Latino) <input type="checkbox"/> Other Race | |
| Patient’s Ethnicity: | <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino | <input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino | |
| Patient’s Gender: | <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Non-Binary <input type="checkbox"/> Unknown | | |
| Patient’s Signature: | | | |
| If under 18, Signature of Parent or Guardian: | | | |



REFERENCIA E INSTRUCCIONES

Según el estado de California, 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 entre 12-17 años de edad con un padre o tutor legal presente
- Tengo entre 12-17 años de edad sin un padre o tutor legal presente, pero el formulario de consentimiento esta firmado por mis padres o guardián legal.
- Tengo entre 12-17 años de edad sin un padre o tutor legal presente, y sin el formulario de consentimiento firmado por mis padres o guardián legal.
- Tengo 18 años de edad o más
- Soy menor de 12 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, si tengo entre 12 y 17 años de edad sin mis padres o tutor legal presente y/o sin un formulario de consentimiento firmado por mis padres/tutor legal, entonces MNHC hará un intento razonable de comunicarse con el padre/tutor legal para obtener el consentimiento. Entonces MNHC vacunara al menor al recibir este formulario de consentimiento. Esto se dicha en la orden [SDFPH Orden de la Oficina de Salud No. C19-19](#).
- Acepto recibir la vacuna contra COVID-19 (**tipo: Pfizer**) 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.

| | | | |
|---|--|---|--|
| Fecha de hoy: | | | |
| Nombre completo: | | | |
| Fecha de nacimiento: | | | |
| Teléfono: | | | |
| Si menor de 18 años, Nombre del Padre/Tutor Legal | | Numero de Telefono del Padre/Tutor Legal | |
| Domicilio, Ciudad, Estado, Zona Postal: | | | |
| Raza: | <input type="checkbox"/> Indio American/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Otro Isleño del Pacifico | <input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano <input type="checkbox"/> Blanco (incluye Latino/Hispano) <input type="checkbox"/> Otra raza | |
| Etnicidad: | <input type="checkbox"/> Hispano/Latino | <input type="checkbox"/> No es Hispano/Latino | |
| Género: | <input type="checkbox"/> Masculino/Hombre | <input type="checkbox"/> Femenina/Mujer | <input type="checkbox"/> No-binaria/o <input type="checkbox"/> No Se |
| Firma del Paciente: | | | |
| Si menor de 18 años, Firma del Padre/Tutor Legal | | | |