

Moderna Monovalent

Pfizer Monovalent

5 years and older

Covid-19 Vaccine-English

Cass County Health Department

FECHA DE NACIMIENTO

Nombre Del Paciente (Apellido) Primer Nombre Inicial Telefono (Mes / Dia / Año) (Edad)

Sexo M F

Dirección (#Calle) Ciudad Estado Código Postal

Etnicidad: No hispano/latino, Hispano / Latino, Desconocido/NoReportado
Race: IndioAmericano/NativodeAlaska, Negro/Afroamericano, More than one race, Other Pacific Islander
 Asiatico, Blanco, Hawaiano nativo, Negado

Contacto De Emergencia Nombre: Telefono:

Nombre De Aseguranza No Aseguranza

de poliza o ID # de grupo

Table with 3 columns: Question, Si, No, incierta. Rows include questions about illness, COVID-19 vaccination status, allergic reactions, and current health conditions.

Doy mi permiso al Departamento de Salud del Condado de Cass (CCHD) para que me brinde servicios a mí y a mi hijo. Autorizo el pago de beneficios de Medicaid/AllKIDS/Medicare/seguro privado a CCHD por los servicios prestados.

Doy permiso para que yo o mi hijo recibamos la(s) vacuna(s).

Signature: Date:

Printed name of Parent/Guardian:

Moderna Monovalent

Pfizer Monovalent

5 years and older

Covid-19 Vaccine-English

Cass County Health Department

Vaccine	Dose	Route	Deltoid	Thigh	Dose	Source	Lot#	EXP Date	VIS Pub Date
MODERNA Monovalent Covid-19 (5 years and older) 2023-24 formula See CDC Standing Orders for administration guidelines	0.25 ml Single dose- dark blue cap green label	IM	Right	Right	1 st 2 nd 3 rd	F S P			
	0.50 ml Single dose vial dark blue cap/blue label or manufacturer filled with dark blue box on label		Left	Left	Booster				
PFIZER Monovalent Covid-19 (5 years and older) 2023-24 formula See CDC Standing Orders for administration guidelines	0.3 mL	IM	Right	Right	1 st 2 nd 3 rd	F S P			
			Left	Left	Booster				
Nurse Signature: _____ Date: _____ Adm. Time: _____									

Form Reviewed By / Vaccine Administered By _____
Service given per CCHD Standing Order / EUA Other _____

Location _____
Entered into ICARE: _____ Date: _____