

City of Milwaukee Health Department
Consent and Administration Record – School-Based COVID-19 Immunization Clinic

Health Department Address: 841 N. Broadway, 3rd Floor, Milwaukee, WI 53202

Name of my Child’s School: _____ Grade: _____ Classroom/Teacher: _____

Information about Student Receiving Vaccine(s) – Please Print			
Student Last Name:	First Name:	MI:	
Street Address:	City:	State: WI	Zip:
Date of Birth (MM/DD/YY):	Age:	Mother’s Maiden name:	
Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Transgender – Male to Female <input type="checkbox"/> Transgender – Female to Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Transgender – Unspecified or Gender Non-Specific <input type="checkbox"/> Prefer not to Answer <input type="checkbox"/> Other _____			
Race: (check all that apply) <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> African American or Black <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or other Pacific Islander <input type="checkbox"/> Prefer not to Answer <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Multi-race			Ethnicity: <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Non-Hispanic <input type="checkbox"/> Prefer not to Answer
Parent / Legal Guardian Last Name:	First Name:	Phone Number: (Where you can be reached on date of clinic)	

I understand the benefits and risks of the vaccine and ask that the vaccine be given to the child listed above for whom I am authorized to make this request. I GIVE CONSENT to the City of Milwaukee Health Department and its staff for my child named at the top of this form to be vaccinated with this vaccine. By signing this consent, I GIVE CONSENT that my child will receive the first and second part of the vaccine series. I also consent to have their vaccine information entered into the Wisconsin Immunization Registry (WIR).

Pfizer COVID-19 vaccine (both doses in a 2-dose series, separated by 3 weeks)

The following questions will help us to determine if there is any reason your child should not receive the COVID-19 vaccine. If you answer “yes” to any questions, it does not necessarily mean that your child should not be vaccinated. It just means that additional questions must be asked for your child’s safety.

Questions about the student receiving vaccine:		Yes	No
1	Is the student currently in isolation or quarantine period due to COVID-19?		
2	Has the student ever received a dose of COVID-19 vaccine?		
3	Has the student ever had a severe allergic reaction (anaphylactic) to any food, medication, vaccine, or previous COVID-19 vaccine? List: _____		
4	Has the student received antibody therapy or convalescent plasma for COVID-19 treatment in the past 90 days?		
5	Has the student received any vaccines in the past 14 days?		
6	Is the student pregnant or breastfeeding?		

Signature of Parent/Legal Guardian

Date Signed

Printed Name of Parent/Legal Guardian

Relationship to Child

FOR OFFICE USE ONLY Date/Time	Dose	Vaccine	Lot Number	Expiration Date	Site	Signature & Title – person administering vaccine
	<input type="checkbox"/> 1st Dose <input type="checkbox"/> 2nd Dose	Pfizer COVID-19 0.3 mL IM			<input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LD	MM/DD/YYYY
Second Dose Information: Date: _____ Time: _____ am/pm Comments: _____ Date EUA fact sheet for recipients and caregivers provided to parent/guardian: _____						

Departamento de Salud de la Ciudad de Milwaukee

Registro de Consentimiento y Administración – Clínica de Vacunación COVID-19 en la Escuela

Dirección del Departamento de Salud: 841 norte de la Broadway, 3º Piso, Milwaukee, WI 53202

Nombre de la Escuela de mi Hijo(a): _____ Grado: ____ Salón/Maestro(a): _____

Información sobre el estudiante que recibe la(s) vacuna(s) – Favor de escribir en letra de molde				
Apellido(s) del Estudiante:		Primer Nombre:		Inicial del 2º Nombre:
Domicilio:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA):		Edad:	Apellido de Soltera de la Madre:	
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero – Masculino a Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero – Femenino a Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero – No especificado o Género no específico <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar <input type="checkbox"/> Otro _____				
Raza: (marque todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Afroamericano o Negro <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar <input type="checkbox"/> Otra _____ <input type="checkbox"/> Razas múltiples			Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano/a/x <input type="checkbox"/> No Hispano/a/x <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar	
Apellido(s) del Padre o Tutor Legal:		Primer Nombre:		Número de teléfono: (En que nos podemos comunicar con Ud. el día de la clínica)

Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y pido que se le administre la vacuna al niño mencionado anteriormente para quien estoy autorizado/a/x a hacer esta solicitud. DOY MI CONSENTIMIENTO al Departamento de Salud de la Ciudad de Milwaukee y su personal para que mi hijo nombrado en la parte superior de este formulario sea vacunado con esta vacuna. Al firmar este consentimiento, DOY MI CONSENTIMIENTO para que mi hijo reciba la primera y la segunda parte de la serie de vacunas. También doy mi consentimiento para que la información de sus vacunas se ingrese en el Registro de Inmunizaciones de Wisconsin (WIR).

 Vacuna Pfizer para COVID-19 (ambas dosis en una serie de 2 dosis, separadas por 3 semanas)

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la que su hijo no deba recibir la vacuna de COVID-19. Si Ud. contesta "sí" a cualquier pregunta, no necesariamente significa que su hijo no deba de vacunarse. Simplemente significa que se deben de hacer preguntas adicionales por la seguridad de su hijo.

Preguntas acerca del estudiante que recibe la vacuna:		Sí	No
1	¿Está actualmente el estudiante en aislamiento o cuarentena debido al COVID-19?		
2	¿Alguna vez ha recibido el estudiante una dosis de la vacuna de COVID-19?		
3	¿Alguna vez ha tenido el estudiante una severa reacción alérgica (anafiláctica) a cualquier comida, medicamento, vacuna o vacuna de COVID-19 previa? Si sí, favor de listar: _____		
4	¿Ha recibido el estudiante terapia con anticuerpos o plasma de convalecencia para el tratamiento con COVID-19 en los últimos 90 días?		
5	¿Ha recibido el estudiante cualquier vacuna en los últimos 14 días?		
6	¿Está la estudiante embarazada o amamantando?		

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha firmado

Nombre en letra de molde del Padre/Tutor Legal

Relación al Niño

FOR OFFICE USE ONLY Date/Time	Dose	Vaccine	Lot Number	Expiration Date	Site	Signature & Title – person administering vaccine
	<input type="checkbox"/> 1st Dose <input type="checkbox"/> 2nd Dose	Pfizer COVID-19 0.3 mL IM			<input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LD	MM/DD/YYYY
Second Dose Information: Date: _____ Time: _____ am/pm Comments: _____						
Date EUA fact sheet for recipients and caregivers provided to parent/guardian: _____						