



Garland Public Health Clinic
Outside COVID-19 Minor Patient Registration Form

I understand that the City of Garland Health Department complies with the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 ("HIPAA") Privacy Rule. I understand that the City of Garland Public Health Department maintains the privacy of patient's information in accordance with federal and state laws. By signing, I am acknowledging receipt of this notice. If insurance does not pay for services, rendered patient or policyholder is responsible for payment.

Patient Information:

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

Date of Birth: _____ (month/day/year) Age: _____ Male: ☐ Female: ☐

Address: _____ Apt. # _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Contact Phone Number: _____ Email: _____

If patient is a minor: Parent/Guardian Last Name _____ First Name _____

Parent/Guardian Date of Birth: _____

Eligibility : (Please choose only one)

We do not accept HMO or Marketplace plans

Has health insurance ☐ Member ID# _____ BCBSofTX UnitedHealthcare Cigna Aetna Medicare

Does **NOT** have health insurance ☐

Medicaid ☐ Member ID# _____

Chip ☐ Member ID# _____

Underinsured ☐ (*has health insurance that does not cover vaccines*)

Alaskan Native ☐

American Indian ☐

Consent for Immunizations: I received a copy of the Vaccine Information Statement for each vaccine. I know the risks of the diseases this vaccine prevents and the benefits of the vaccines(s). I have had a chance to ask questions about the vaccine(s), and how the vaccines(s) will be administered. I know that the person is named above will have a vaccine put in his/her body to prevent an infectious disease. I am an adult who can legally consent for the person named above to get vaccines(s). I freely and voluntarily give my signed permission for the vaccines(s). If applicable, the person receiving the vaccine is not pregnant at this time.

CDC recommends that children ages 5 to 17 receive a series of two doses of Pfizer's mRNA vaccine to help protect against infection from the SARS-COV2 virus that causes COVID-19. By signing below, you attest that you are the parent or legal guardian of the minor patient listed and that you give permission to Garland Public Health to vaccinate said child with both doses of Pfizer vaccine, with the second dose occurring no sooner than 21 days after the receiving the first dose.

Signature of Patient or Representative of a minor

Relationship to Patient

Date

Garland Public Health Department: For Clinic Use Only

Date	Vaccine	Lot No.	Site	Exp Date	Given By



GARLAND

PUBLIC HEALTH

Departamento de Salud Pública de Garland

Outside COVID-19 Registro de pacientes menores de edad.

Entiendo que el Departamento de Salud de la Ciudad de Garland cumple con la Ley de el Seguro de salud de Portabilidad y Reposabilidad de 1996 ("HIPAA") Regla de Privacidad. Entiendo que el Departamento de Salud de la Ciudad de Garland mantiene la privacidad de la informacion de el paciente de acuerdo con las leyes federales y estatales. Al firmar estoy afirmando recibo de esta notificacion.

Información del paciente:

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ (mes día año) Edad: _____ Baron: ☐ Mujer: ☐

Dirreccion: _____ Apt. # _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de contacto: _____ Correo electrónico: _____

Si la paciente es menor de edad: Apellido del padre / tutor _____ Primer Nombre _____

Padre/tutor Fecha de nacimiento: _____

Elegibilidad: (Por favor elija solo uno)

Tiene seguro medico ☐ Miembro ID# _____

No aceptamos planes HMO o Marketplace

BCBSofTX UnitedHealthcare Cigna Aetna Medicare

NO tiene seguro de salud ☐

Medicaid ☐ Miembro ID# _____

Chip ☐ Miembro ID# _____

Seguro insuficiente ☐ (tiene un seguro de salud que no cubre vacunas)

Nativa de Alaska ☐

Indio Americano ☐

Consentimiento para vacunas: Recibí una copia de la Declaración de información sobre vacunas para cada vacuna. Conozco los riesgos de las enfermedades que previene esta vacuna y los beneficios de las vacunas. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre las vacunas y cómo se administrarán. Sé que a la persona nombrada arriba se le pondrá una vacuna en el cuerpo para prevenir una enfermedad infecciosa. Soy un adulto que puede consentir legalmente que la persona nombrada arriba reciba vacunas. Doy libre y voluntariamente mi permiso firmado para la(s) vacuna(s). Si corresponde, la persona que recibe la vacuna no está embarazada en este momento.

Los CDC recomiendan que los niños de 5 a 17 años reciban una serie de dos dosis de la vacuna de mRNA para ayudarlos a protegerse contra la infección del virus SARS-COV2 que causa el COVID-19. Al firmar a continuación, certifica que es el padre o tutor legal del paciente menor de edad mencionado y que otorga permiso a Garland Public Health para vacunar a dicho niño con ambas dosis de la vacuna, con la segunda dosis no antes de 21 días después al recibir la primera dosis.

Firma de la paciente o representante del menor

Relación con la paciente

Fecha

Departamento de Salud Pública de Garland: solo para uso clínico

Date	Vaccine	Lot No.	Site	Exp Date	Given By