

Thông tin bệnh nhân:

Tên (họ)	(Tên)	Ngày sinh	Giới Tính ☐ Nam ☐ Nữ
địa chỉ nhà	thành phố	tiểu bang	Zip
Số điện thoại			
Tên của bác sĩ:		Số điện thoại bác sĩ:	
dị ứng:			
điều kiện y tế hiện có:			

Câu hỏi	Có	Không	không biết
1. Hôm nay bạn có bị ốm không? (Ví dụ: cảm lạnh, sốt) Ngày hôm nay: _____	☐	☐	☐
2. Bạn có bị dị ứng với thuốc, thức ăn hoặc bất kỳ loại vắc xin nào không? (Ví dụ: trứng, gelatin, neomycin, Thimerosal, latex, v.v.) Vui lòng liệt kê: _____	☐	☐	☐
3. Bạn có dùng thuốc chống đông máu không? (Ví dụ: Warfarin, Coumadin hoặc các chất làm loãng máu khác)	☐	☐	☐
4. Bạn có vấn đề sức khỏe lâu dài với bệnh tim, bệnh phổi, hen suyễn, bệnh thận, bệnh chuyển hóa (ví dụ: tiểu đường), thiếu máu hoặc rối loạn máu khác không?	☐	☐	☐
5. Bạn có bị ung thư, bệnh bạch cầu, AIDS, hoặc bất kỳ vấn đề nào khác về hệ thống miễn dịch không?	☐	☐	☐
6. Bạn có dùng cortisone, prednisone, steroid khác, hoặc thuốc chống ung thư, hoặc bạn đã điều trị bức xạ?	☐	☐	☐
7. Bạn đã từng bị co giật, não hoặc các vấn đề về hệ thần kinh chưa?	☐	☐	☐
8. Trong năm qua, bạn có được truyền máu hoặc các sản phẩm máu, hoặc được truyền globulin miễn dịch (gamma) hoặc thuốc kháng vi-rút không?	☐	☐	☐
9. Đối với phụ nữ: Bạn đang mang thai hoặc có khả năng mang thai trong tháng tiếp theo không?	☐	☐	☐
10. Bạn có nhận được bất kỳ loại vắc xin nào trong 4 tuần qua không?	☐	☐	☐

Vui lòng đọc các tuyên bố sau đây và ký tên và ghi ngày tháng bên dưới.
Đồng ý cho các dịch vụ, Thông tin về Quyền riêng tư của HIPAA và Hồ sơ Y tế

Tôi đã được cung cấp Tờ Thông tin về Thuốc chủng ngừa (VIS) và / hoặc được cung cấp thông tin liên quan đến thuốc chủng ngừa mà tôi đang nhận. Tôi hiểu tất cả các lợi ích và rủi ro của thuốc chủng ngừa và đã có cơ hội để hỏi các câu hỏi liên quan đến nó. Tôi tự nguyện chịu hoàn toàn trách nhiệm về bất kỳ phản ứng nào có thể xảy ra. Tôi yêu cầu tôi được tiêm vắc-xin và cho phép cũng như chỉ đạo nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe này sử dụng hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe của tôi trong thời hạn của Sự cho phép này cho bác sĩ chịu trách nhiệm về quy trình thông tin sức khỏe cụ thể của những người được nhà cung cấp này tiêm chủng (bác sĩ thường trực (Bác sĩ _____), Bác sĩ Chăm sóc Chính (PCP) của tôi, chương trình bảo hiểm của tôi và / hoặc cơ quan đăng ký liên bang của tiểu bang, nếu được yêu cầu cho các mục đích điều trị, thanh toán hoặc các hoạt động chăm sóc sức khỏe khác. Điều này chỉ cho phép nhà cung cấp này tiết lộ các hồ sơ y tế sau: chỉ các tài liệu liên quan đến việc tiêm chủng nhận được ngày hôm nay. Sự cho phép này sẽ vẫn có hiệu lực cho đến khi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi tiết lộ thông tin sức khỏe của tôi cho người nhận được xác định ở trên; nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi không thể đảm bảo rằng người nhận sẽ không tiết lộ thông tin sức khỏe của tôi cho bên thứ ba. Bên thứ ba có thể không được yêu cầu tuân theo Sự cho phép này hoặc luật liên bang và tiểu bang hiện hành đi qua rning việc sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe của tôi. Tôi hiểu rằng tôi có thể từ chối hoặc thu hồi Ủy quyền này bất kỳ lúc nào. Tôi hiểu rằng ủy quyền này sẽ vẫn có hiệu lực cho đến khi thời hạn của ủy quyền này hết hạn hoặc tôi cung cấp thông báo thu hồi bằng văn bản cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình. Việc thu hồi sẽ có hiệu lực ngay sau khi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi nhận được thông báo bằng văn bản của tôi. Tôi đã thừa nhận rằng tôi đã nhận được Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư của nhà cung cấp có thể được cung cấp theo yêu cầu của tôi. Đối với Lập hóa đơn Medicare: Tôi cho phép nhà cung cấp này tiết lộ thông tin và yêu cầu thanh toán. Tôi hiểu rằng thông tin do tôi cung cấp khi đăng ký thanh toán là chính xác. Tôi cho phép tiết lộ tất cả hồ sơ để thực hiện theo yêu cầu này và tôi yêu cầu thanh toán các quyền lợi được thực hiện thay mặt cho tôi.

Chữ ký: _____

Ngày: _____

*****PHARMACY USE ONLY*****

Date	Product	Manufacturer		Vol (ml)	Route	Site
Lot #	Exp Date	VIS Version Date	Date VIS Given to Pt		Administering Immunizer	
Insurance Plan Name:				Affix RX Label Here		
ID:						
Rx BIN:						
PCN:						
Group:						