

Thông tin bệnh nhân:

Tên (họ)		(Tên)	Ngày sinh	Giới Tính ☐ Nam ☐ Nữ
địa chỉ nhà		thành phố	tiểu bang	Zip
County	Số điện thoại		Email	
Chủng Tộc: ☐ Người Mỹ da đỏ hoặc thổ dân Alaska ☐ Người Á châu ☐ Người Mỹ da đen hoặc người mỹ gốc Phi ☐ Người Hawaii hoặc người Đảo Thái Bình Dương ☐ Người da trắng ☐ Khác ☐ Không Biết			Dân Tộc: ☐ Người Tây Ban Nha ☐ Không phải người Tây Ban Nha ☐ Không Biết	
Tên của bác sĩ:			Số điện thoại bác sĩ:	
Tên liên lạc khẩn cấp:		quan hệ người khẩn cấp:	Số điện thoại người khẩn cấp:	

Câu hỏi sàng lọc:

Câu hỏi	Có	Không	không biết
1. Bạn có cảm thấy ốm hôm nay không?	☐	☐	☐
2. Bạn đã bao giờ nhận được một liều thuốc chủng ngừa COVID-19 chưa?	☐	☐	☐
• Nếu bạn đã nhận một liều thuốc chủng ngừa COVID-19 trước đó, chủng ngừa đó là gì (ví dụ: Pfizer, Moderna): _____ ○ ngày của Liều đầu tiên: _____ ngày của Liều thứ hai: _____ ngày của Liều thứ ba: _____			
3. Bạn đã bao giờ bị phản ứng dị ứng với: (Điều này sẽ bao gồm một phản ứng dị ứng nghiêm trọng [ví dụ: sốc phản vệ] yêu cầu điều trị bằng epinephrine hoặc EpiPen® hoặc khiến bạn phải đến bệnh viện. Nó cũng sẽ bao gồm một phản ứng dị ứng xảy ra trong vòng 4 giờ gây phát ban, sưng tấy hoặc suy hô hấp, bao gồm cả thở khó khè.)			
• Một thành phần của vắc xin COVID-19, bao gồm polyethylene glycol (PEG), được tìm thấy trong một số loại thuốc, chẳng hạn như thuốc nhuận tràng và các chế phẩm cho quy trình nội soi đại tràng	☐	☐	☐
• Polysorbate	☐	☐	☐
• Một liều vắc xin COVID-19 trước đó	☐	☐	☐
4. Bạn đã bao giờ bị phản ứng dị ứng với một loại vắc-xin khác (không phải vắc-xin COVID-19) hoặc thuốc tiêm chưa? (Điều này sẽ bao gồm một phản ứng dị ứng nghiêm trọng [ví dụ: sốc phản vệ] yêu cầu điều trị bằng epinephrine hoặc EpiPen® hoặc khiến bạn phải đến bệnh viện. Nó cũng sẽ bao gồm một phản ứng dị ứng xảy ra trong vòng 4 giờ gây phát ban, sưng tấy hoặc suy hô hấp, bao gồm cả thở khó khè.)	☐	☐	☐
5. Bạn đã bao giờ bị phản ứng dị ứng nghiêm trọng (ví dụ: sốc phản vệ) với thứ gì đó không phải là thành phần của vắc xin COVID-19, polysorbate, hoặc bất kỳ loại vắc xin hoặc thuốc tiêm nào chưa? Điều này bao gồm dị ứng thức ăn, vật nuôi, môi trường hoặc thuốc uống.	☐	☐	☐
6. Bạn có nhận được bất kỳ loại vắc xin nào trong 14 ngày qua không?	☐	☐	☐
7. Bạn đã bao giờ có kết quả xét nghiệm dương tính với COVID-19 hoặc đã từng có nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nói với bạn rằng bạn bị COVID-19 chưa?	☐	☐	☐
8. Bạn đã nhận được liệu pháp kháng thể thụ động (kháng thể đơn dòng hoặc huyết thanh dưỡng bệnh) để điều trị COVID-19 chưa? [lưu ý: kháng thể đơn dòng không bao gồm thuốc kháng sinh sẽ được kê đơn cho bạn và mua tại hiệu thuốc]	☐	☐	☐
9. Bạn có bị suy giảm hệ thống miễn dịch do nhiễm HIV hoặc ung thư hoặc bạn có dùng thuốc hoặc liệu pháp ức chế miễn dịch không?	☐	☐	☐
10. Bạn có bị rối loạn chảy máu hay bạn đang dùng thuốc làm loãng máu?	☐	☐	☐
11. Bạn đang mang thai hoặc đang cho con bú?	☐	☐	☐

Cho phép (đánh dấu vào từng ô bên dưới sau khi đọc và ký tên):

- ☐ Tôi hiểu những lợi ích và rủi ro của vắc-xin COVID-19 như được mô tả trong Tờ Thông tin Cho phép Sử dụng Khẩn cấp (EUA) (www.betterhealthfw.com/forms), một bản sao của tôi đã được cung cấp cùng với Biểu mẫu Đồng ý này. Tôi đã có một cơ hội để hỏi những câu hỏi đã được giải đáp cho sự hài lòng của tôi. Tôi yêu cầu tiêm vắc-xin cho tôi hoặc cho người có tên ở trên, một trẻ vị thành niên mà tôi đại diện rằng tôi được ủy quyền ký vào Mẫu Đồng ý này.
- ☐ Tôi hiểu rằng tại thời điểm này, vắc-xin COVID-19 cần tiêm 2 liều cách nhau 21-28 ngày tùy theo nhà sản xuất. Nếu đây là liều vắc-xin COVID-19 đầu tiên của tôi, tôi dự định nhận liều thứ hai của cùng một loại vắc-xin phù hợp với khung thời gian được chỉ định trong Tờ thông tin để hoàn thành loạt tiêm chủng.
- ☐ Tôi đồng ý ở lại khu vực quản lý vắc-xin trong mười lăm (15) phút hoặc lâu hơn nếu được chỉ định bởi người quản lý vắc-xin sau khi nhận vắc-xin của tôi để đảm bảo rằng không có phản ứng bất lợi tức thời nào xảy ra.
- ☐ Tôi hiểu rằng tôi sẽ được chủng ngừa miễn phí.
- ☐ Nếu bạn có bảo hiểm, vui lòng mang theo đơn thuốc và thẻ bảo hiểm y tế để đến hẹn tiêm vắc-xin. Tôi ủy quyền cho nhà thuốc thay mặt tôi xuất hóa đơn bảo hiểm cho việc chủng ngừa - tôi hiểu rằng tôi sẽ không phải chịu bất kỳ chi phí nào.

Nếu không có bảo hiểm, bạn phải chọn hộp bên dưới để chứng thực rằng thông tin sau là đúng và chính xác:

- ☐ Tôi không có bất kỳ bảo hiểm nào, bao gồm nhưng không giới hạn, Medicare, Medicaid, hoặc bất kỳ chương trình phúc lợi tư nhân hoặc chính phủ nào khác.

Đối với những bệnh nhân không có bảo hiểm, vui lòng chọn ít nhất một trong những thứ sau đây mà bạn sẽ mang theo khi đến cuộc hẹn. Điều này là cần thiết để được Chương trình COVID-19 của Cơ quan Quản lý Tài nguyên & Dịch vụ Y tế Hoa Kỳ thanh toán phí quản lý vắc-xin của bạn.

- ☐ Số an sinh xã hội
- ☐ Số nhận dạng tiểu bang và trạng thái phát hành
- ☐ Số bằng lái xe và tình trạng cấp

Pharmacy Use for Insurance Information	☐ In RXQ
ID:	☐ Med Part B
RxBIN:	☐ Uninsured
PCN:	☐ Ins. Search
Group:	

Chữ ký của Người nhận Vắc xin & EUA / VIS (hoặc chữ ký của Cha Mẹ / Người giám hộ nếu Bệnh nhân)

Chữ ký: _____

Ngày: _____

****PHARMACY USE ONLY****

COVID-19 Vaccine Dose	Route	Vaccine Manufacturer		Lot Number	Name of Vaccine Administrator
☐ 1 st Dose	☐ IM - L Arm	☐ Moderna 6M-4Y	☐ Pfizer 6M-4Y		
☐ 2 nd Dose	☐ IM - R Arm	☐ Moderna 18+	☐ Pfizer 5Y-11Y		
☐ Add'l	Date Dose Administered	☐ Moderna Bival 18+	☐ Pfizer Bivalent 5Y-11Y	Expiration Date	
☐ Booster	/ /	☐ J&J Janssen	☐ Pfizer 12Y+	/ /	
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3		☐ Novavax	☐ Pfizer Bivalent 12Y+		

Pharmacist Name who reviewed this form: _____

Pharmacist Signature: _____

If **certified vaccinator** is different than the pharmacist who reviewed the form:

Name: _____

Signature: _____