

Thông tin bệnh nhân:

Tên (họ)	(Tên)	Ngày sinh	Giới Tính
địa chỉ nhà	thành phố	tiểu bang	Zip
County	Số điện thoại	Email	
Chủng Tộc: <input type="checkbox"/> Người Mỹ da đỏ hoặc thổ dân Alaska <input type="checkbox"/> Người Á châu <input type="checkbox"/> Người Mỹ da đen hoặc người mỹ gốc Phi <input type="checkbox"/> Người Hawaii hoặc người Đảo Thái Bình Dương <input type="checkbox"/> Người da trắng <input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/> Không Biết		Dân Tộc: <input type="checkbox"/> Người Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> Không phải người Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> 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:

Question	Có	Không	không biết
1. Bạn có cảm thấy ốm hôm nay không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bạn đã bao giờ nhận được một liều thuốc chủng ngừa COVID-19 chưa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • 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: _____ 			
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 khò 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Polysorbate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Một liều vắc xin COVID-19 trước đó	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 khò khè.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bạn có nhận được bất kỳ loại vắc xin nào trong 14 ngày qua không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Bạn có bị rối loạn chảy máu hay bạn đang dùng thuốc làm loãng máu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Bạn đang mang thai hoặc đang cho con bú?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 Tài 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 Tài 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

ID: Med Part B
RxBIN:
PCN: Uninsured
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****

Vaccine	Dose	Route	Date Dose Administered	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Expiration Date	Name of Vaccine Administrator
COVID-19	<input type="checkbox"/> 1 st Dose	<input type="checkbox"/> IM - L Arm		<input type="checkbox"/> Moderna			
	<input type="checkbox"/> 2 nd Dose	<input type="checkbox"/> IM - R Arm		<input type="checkbox"/> Pfizer			
COVID-19	<input type="checkbox"/> 1 st Dose	<input type="checkbox"/> IM - L Arm		<input type="checkbox"/> Moderna			
	<input type="checkbox"/> 2 nd Dose	<input type="checkbox"/> IM - R Arm		<input type="checkbox"/> Pfizer			
				<input type="checkbox"/> J&J Janssen			

Pharmacist Name who reviewed this form: _____ Pharmacist Signature: _____

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

Name: _____

Signature: _____