

* Cần Thiết

THÔNG TIN BỆNH NHÂN

Họ*		Tên*	
Ngày Sinh*	Age*	Giới Tính* <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Số Điện Thoại*
<input type="checkbox"/> Tôi muốn nhận được thông báo bằng tin nhắn văn bản về các đơn thuốc của tôi.			Email
Địa Chỉ Nhà*		Thành Phố*	Tiểu Bang* Zip*
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 da trắng <input type="checkbox"/> Người Hawaii hoặc người Đảo Thái Bình Dương <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	
Điều Kiện Y Tế Hiện Có:			
Tôi muốn nhận các loại vắc-xin*: <input type="checkbox"/> Cúm <input type="checkbox"/> COVID-19 <input type="checkbox"/> Khác _____			
Tên Cha Mẹ (nếu bệnh nhân là trẻ em hoặc thiếu niên):		Mối Quan Hệ:	
Chúng tôi sẽ gửi thông tin tiêm chủng từ chuyến thăm này đến bác sĩ / nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của bạn bằng cách sử dụng thông tin liên hệ được cung cấp bên dưới.			
Tên Bác Sĩ		Số Điện Thoại Bác Sĩ	
Địa Chỉ	Thành Phố	Tiểu Bang	Zip

CÂU HỎI SÀNG LỌC*

	Có	Không	Không biết
1 Hôm nay bạn có bị ốm không? (Ví dụ: cảm lạnh, sốt, bệnh cấp tính) Ngày hôm nay: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Bạn có được chẩn đoán hoặc xét nghiệm dương tính với COVID-19 trong 14 ngày qua không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Trong 14 ngày qua, bạn có được xác định là có liên hệ mật thiết với người mắc bệnh COVID-19 không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Bạn có bị dị ứng với latex, thuốc, thức ăn, hoặc bất kỳ loại vắc xin nào không? (ví dụ: polyethylene glycol, polysorbate, trứng, protein bò, gelatin, gentamicin, polymyxin, neomycin, phenol, men hoặc thimerosal) Xin liệt kê _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Bạn đã bao giờ có phản ứng sau khi tiêm vắc xin, bao gồm ngứa xiu hoặc cảm thấy chóng mặt chưa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Bạn có dùng thuốc chống đông máu không? (Ví dụ: Warfarin, Coumadin hoặc các chất làm loãng máu khác)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Bạn đã từng bị co giật, não hoặc các vấn đề về hệ thần kinh khác chưa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Bạn có bất kỳ tình trạng sức khỏe mãn tính nào như ung thư, bệnh thận mãn tính, suy giảm miễn dịch, bệnh phổi mãn tính, béo phì, bệnh hồng cầu hình liềm, tiểu đường, bệnh tim không? Xin liệt kê _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Bạn có nhận được bất kỳ loại vắc xin nào trong 14 ngày qua không? Xin liệt kê _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Bạn đã bao giờ nhận được các loại vắc xin sau đây chưa? Nếu có, vui lòng liệt kê ngày nhận được. <input type="checkbox"/> COVID-19: _____ <input type="checkbox"/> Viêm phổi: _____ <input type="checkbox"/> Giời leo: _____ <input type="checkbox"/> Bệnh ho gà: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Đối với phụ nữ: Đối với phụ nữ: Bạn đang mang thai hoặc bạn đang cân nhắc có thai trong tháng tiếp theo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Chỉ đối với vắc xin COVID-19: Bạn đã được điều trị bằng liệu pháp kháng thể đặc biệt cho COVID-19 (kháng thể đơn dòng hoặc huyết tương dưỡng bệnh) chưa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CHỈ TRẢ LỜI CÁC CÂU HỎI SAU NẾU BẠN CÂN: BỆNH THÚY ĐẬU, MMR® II, BỆNH ZONA, VAXCHORA®, BỆNH SỐT VÀNG DA

14 Bạn có bị suy yếu hệ thống miễn dịch do nhiễm HIV hoặc ung thư hay bạn có dùng thuốc hoặc liệu pháp ức chế miễn dịch không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Bạn có dùng cortisone, prednisone, steroid khác, hoặc thuốc chống ung thư, hoặc bạn đã điều trị bức xạ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Bạn có tiền sử bệnh tuyến ức (bao gồm bệnh nhược cơ, hội chứng DiGeorge hoặc u tuyến ức), hoặc đã cắt bỏ tuyến ức của bạn? (chỉ sốt vàng da)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Bạn có tiền sử giảm tiểu cầu hoặc ban xuất huyết giảm tiểu cầu không? (Chỉ MMR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Bạn đã ăn uống gì trong giờ qua chưa? (Chỉ Vaxchora®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Bạn có dùng thuốc kháng sinh trong 14 ngày qua hoặc thuốc chống sốt rét trong 10 ngày qua không? (Chỉ Vaxchora®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

THÔNG TIN BẢO HIỂM	
THẺ BẢO HIỂM THUỐC	
ID	MEDICARE
RX BIN	Medicare Number*
RX PCN	SSN
Group	*Số trên thẻ đỏ, trắng và xanh

Bạn có phải là người đứng tên thẻ bảo hiểm? Phải Không
 Nếu không, vui lòng cung cấp tên chủ thẻ, ngày sinh (MM / DD / YYYY) và mối quan hệ:

CHỈ TIÊM CHỨNG COVID-19	
<input type="checkbox"/> Nếu không có bảo hiểm: Tôi xác nhận rằng tôi không có bất kỳ bảo hiểm y tế hoặc được phẩm nào.	
Bảng Lái Xe	
Nhà nước phát hành	
Ký Tên:	_____

FOR PHARMACY USE ONLY	
<input type="checkbox"/> Insurance Search	<input type="checkbox"/> In RXQ <input type="checkbox"/> Uninsured

ĐỒNG Ý CHO CÁC DỊCH VỤ, THÔNG TIN VỀ QUYỀN RIÊNG TƯ CỦA HIPAA VÀ HỒ SƠ Y TẾ

Tôi xác nhận rằng tôi là: (a) bệnh nhân và ít nhất 18 tuổi; (b) người giám hộ hợp pháp của bệnh nhân; hoặc (c) người được ủy quyền đồng ý thay mặt cho bệnh nhân trong trường hợp bệnh nhân không có thẩm quyền hoặc không thể tự mình đồng ý. Hơn nữa, tôi đồng ý cho Better Health Pharmacy và chuyên gia chăm sóc sức khỏe được cấp phép quản lý vắc xin, nếu có (mỗi "Nhà cung cấp phù hợp"), để quản lý (các) vắc xin mà tôi đã yêu cầu ở trên. Tôi hiểu rằng không thể dự đoán được tất cả các tác dụng phụ hoặc biến chứng có thể xảy ra khi nhận (các) vắc xin. Tôi hiểu những rủi ro và lợi ích liên quan đến (các) loại vắc xin trên và đã nhận, đọc và / hoặc đã giải thích cho tôi tờ Thông tin của EUA về (các) vắc xin mà tôi đã chọn nhận. Tôi cũng thừa nhận rằng tôi đã có cơ hội đặt câu hỏi và những câu hỏi như vậy đã được trả lời khiến tôi hài lòng. Hơn nữa, tôi thừa nhận rằng tôi đã được khuyến khích bệnh nhân nên ở gần địa điểm tiêm chủng để theo dõi trong khoảng 15 phút sau khi tiêm. Thay mặt cho bệnh nhân, những người thừa kế và đại diện cá nhân của bệnh nhân, tôi xin từ bỏ và giữ vô hại từng Nhà cung cấp hiện hành, nhân viên, đại lý, người kế nhiệm, bộ phận, chi nhánh, công ty con, cán bộ, giám đốc, nhà thầu và nhân viên khỏi bất kỳ và tất cả các trách nhiệm pháp lý hoặc yêu cầu cho dù đã biết hay chưa biết phát sinh từ, liên quan, hoặc theo bất kỳ cách nào liên quan đến việc sử dụng (các) vắc xin được liệt kê ở trên. Tôi xác nhận rằng: (a) Tôi hiểu các mục đích / lợi ích của cơ quan đăng ký tiêm chủng của tiểu bang tôi ("Cơ quan đăng ký tiểu bang") và trao đổi thông tin sức khỏe của tiểu bang tôi ("State HIE"); và (b) Nhà cung cấp hiện hành có thể tiết lộ thông tin tiêm chủng của tôi cho Cơ quan đăng ký tiểu bang, cho HIE của Tiểu bang, hoặc thông qua HIE của Tiểu bang cho Cơ quan đăng ký tiểu bang, hoặc cho bất kỳ cơ quan hoặc cơ quan chính quyền liên bang hoặc tiểu bang nào ("Cơ quan Chính phủ"), chẳng hạn như với tư cách là Sở Y tế tiểu bang, quận hoặc địa phương hoặc Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh liên bang, Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh, hoặc những người được chỉ định tương ứng có thể được luật pháp yêu cầu, cho mục đích báo cáo sức khỏe cộng đồng hoặc chăm sóc sức khỏe của tôi các nhà cung cấp đã đăng ký vào Cơ quan Đăng ký Tiểu bang và / hoặc HIE của Tiểu bang cho các mục đích điều phối chăm sóc. Tôi xác nhận rằng, tùy thuộc vào luật của tiểu bang của tôi, tôi có thể ngăn chặn, bằng cách sử dụng biểu mẫu chọn không tham gia được tiểu bang chấp thuận hoặc, theo sự cho phép của luật tiểu bang của tôi, biểu mẫu chọn không tham gia ("Biểu mẫu chọn không tham gia") được cung cấp bởi đơn vị áp dụng Nhà cung cấp: (a) việc Nhà cung cấp hiện hành tiết lộ thông tin tiêm chủng của tôi cho HIE Tiểu bang và / hoặc Cơ quan đăng ký tiểu bang; hoặc (b) State HIE và / hoặc State Registry từ việc chia sẻ thông tin tiêm chủng của tôi với bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác của tôi đã đăng ký tại State Registry và / hoặc State HIE. Nhà cung cấp hiện hành, nếu tiểu bang của tôi cho phép, sẽ cung cấp cho tôi Biểu mẫu Chọn không tham gia. Tôi hiểu rằng, tùy thuộc vào luật của tiểu bang của tôi, tôi có thể cần phải đồng ý cụ thể và, trong phạm vi yêu cầu của luật tiểu bang của tôi, bằng cách ký tên dưới đây, tôi đồng ý với việc Nhà cung cấp hiện hành báo cáo thông tin tiêm chủng của tôi cho Cơ quan Chính phủ, Tiểu bang HIE, hoặc thông qua HIE của Tiểu bang và / hoặc Cơ quan Đăng ký Tiểu bang cho các thực thể và cho các mục đích được mô tả trong biểu mẫu Đồng ý được Thông báo này. Trừ khi tôi cung cấp cho Nhà cung cấp hiện hành Biểu mẫu chọn không tham gia đã ký, tôi hiểu rằng sự đồng ý của tôi sẽ vẫn có hiệu lực cho đến khi tôi rút lại sự cho phép của mình và tôi có thể rút lại sự đồng ý của mình bằng cách cung cấp Biểu mẫu chọn không tham gia đã hoàn chỉnh cho Nhà cung cấp hiện hành và / hoặc HIE State của tôi, nếu có. Tôi hiểu rằng ngay cả khi tôi không đồng ý hoặc nếu tôi rút lại sự đồng ý của mình, luật của tiểu bang của tôi hoặc luật liên bang có thể cho phép tiết lộ một số thông tin tiêm chủng của tôi cho hoặc thông qua HIE của Tiểu bang hoặc cho các Cơ quan Chính phủ theo yêu cầu hoặc được pháp luật cho phép. Tôi ủy quyền thêm cho Nhà cung cấp hiện hành: (a) tiết lộ thông tin y tế hoặc thông tin khác của tôi, bao gồm bất kỳ bệnh truyền nhiễm nào (bao gồm cả HIV) và thông tin sức khỏe tâm thần, cho, hoặc thông qua, HIE của Tiểu bang hoặc Cơ quan Chính phủ cho các chuyên gia chăm sóc sức khỏe của tôi, Medicare, Medicaid, hoặc người thanh toán bên thứ ba khác khi cần thiết để thực hiện việc chăm sóc hoặc thanh toán; (b) gửi khiếu nại cho công ty bảo hiểm của tôi đối với các hạng mục và dịch vụ được yêu cầu ở trên; và (c) yêu cầu thanh toán các lợi ích được ủy quyền được thực hiện thay mặt tôi cho Nhà cung cấp hiện hành liên quan đến các mặt hàng và dịch vụ được yêu cầu ở trên. Ngoài ra, tôi đồng ý chịu hoàn toàn trách nhiệm tài chính đối với bất kỳ khoản chia sẻ chi phí nào, bao gồm đồng thanh toán, đồng bảo hiểm và các khoản khấu trừ, đối với các hạng mục và dịch vụ được yêu cầu, cũng như đối với bất kỳ hạng mục và dịch vụ được yêu cầu nào không nằm trong quyền lợi bảo hiểm của tôi. Tôi hiểu rằng bất kỳ khoản thanh toán nào mà tôi chịu trách nhiệm tài chính sẽ đến hạn tại thời điểm cung cấp dịch vụ hoặc, nếu Nhà cung cấp hiện hành lập hóa đơn cho tôi sau thời gian sử dụng dịch vụ, khi nhận được hóa đơn đó. Better Health Pharmacy có thể liên hệ với bạn, bao gồm cả bằng các cuộc gọi và tin nhắn được ghi âm tự động và ghi âm trước, vào bất kỳ lúc nào, sử dụng thông tin liên hệ được cung cấp trong hồ sơ bệnh nhân của bạn về các vấn đề sức khỏe và an toàn, chẳng hạn như nhắc nhở về vắc xin.

Chữ Ký (Hoặc Chữ Ký Của Cha Mẹ / Người Giám Hộ Nếu Bệnh Nhân): _____ Date: _____

----- FOR PHARMACY USE ONLY -----

PRODUCT	MANUFACTURER	VOL (ML)	DOSE #	SITE	ROUTE	LOT #	EXP DATE	VIS VER. DATE
<input type="checkbox"/> COVID SPIKEVAX	<input type="checkbox"/> Moderna	0.5		L / R	IM		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> FLUCELVAX	<input type="checkbox"/> Sequirus	0.5		L / R	IM		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> FLUAD	<input type="checkbox"/> Sequirus			L / R	IM		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> AFLURIA	<input type="checkbox"/> Sequirus			L / R	IM		/ /	/ /
							/ /	/ /
							/ /	/ /
							/ /	/ /
							/ /	/ /

Administering Immunizer:	Administration Date:
Signature: _____	Date VIS Given to Patient:

Affix Rx Label

NOTES