

Chấp Thuận đã được Thông báo về Chủng Ngừa Vắc-xin COVID-19

Nam Nữ Khác

Họ	Tên	Tên Đệm	Ngày Sinh	Tuổi		
					() -	
Địa Chỉ Nhà	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Bưu Chính	Số Điện Thoại	<input type="checkbox"/> Nhà	<input type="checkbox"/> Di Động

Số thẻ ID Medicare Phần B hoặc Bốn số cuối trong số SSN: _____ Số Bằng Lái Xe: _____

Chủng Tộc: Người gốc Á Người Mỹ da đen hoặc Người Mỹ gốc Phi Người gốc Tây Ban Nha Người Mỹ Bản Địa Người Cáp-ca Người Dân các Đảo Thái Bình Dương Hai hoặc Nhiều Chủng Tộc Khác: _____

Sắc Tộc: Người Mỹ gốc Tây Ban Nha hoặc Người Latinh Không phải Người Mỹ gốc Tây Ban Nha hoặc Người Latinh Từ Chối Trả Lời (Không rõ)

Quý vị muốn tiêm ngừa bên cánh tay nào? Điền số cân nặng **NẾU DƯỚI 66 pound:** _____ Lbs. Tên của Nhà cung cấp Chăm Sóc Chính/Bác sĩ gia đình: _____
 (Vui lòng khoanh tròn) Trái Phải Địa Chỉ của Nhà cung cấp Chăm Sóc Chính: _____

Bảng Câu Hỏi Sàng Lọc: Vui lòng trả lời các câu hỏi bằng cách đánh dấu vào ô.

Các Câu Hỏi Sàng Lọc – LƯU Ý: NẾU HOÀN TẤT BẢNG CÂU HỎI TRỰC TUYẾN, VUI LÒNG CÙNG BỆNH NHÂN XEM LẠI CÁC CÂU TRẢ LỜI ĐỂ ĐẢM BẢO KHÔNG CẦN THAY ĐỔI GÌ THÊM		Có	Không
1.	Hôm nay quý vị có bị bệnh không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Quý vị đã có từng tiêm ngừa một liều vắc-xin COVID-19 nào chưa? Nếu có, quý vị đã tiêm ngừa loại nào? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Khác: _____ Ngày: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Quý vị đã bao giờ có phản ứng dị ứng với một loại vắc-xin COVID-19 trước đây hoặc bất kỳ thành phần nào của vắc-xin COVID-19, bao gồm polyethylene glycol (PEG) hay polysorbate, chưa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Quý vị đã bao giờ có phản ứng dị ứng với một loại vắc-xin khác (không phải vắc-xin COVID-19) hoặc một loại thuốc tiêm nào chưa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Quý vị đã bao giờ có phản ứng dị ứng nghiêm trọng (sốc phản vệ) với bất kỳ loại thức ăn, vật nuôi, chất gây dị ứng trong môi trường, thuốc uống, hoặc cao su chưa? Nếu có, vui lòng liệt kê:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Quý vị có được tiêm ngừa loại vắc-xin nào trong vòng 14 ngày qua không? (không có chống chỉ định)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Quý vị có từng nhận liệu pháp miễn dịch thụ động (kháng thể đơn dòng hay huyết thanh giai đoạn hồi phục) là phương pháp điều trị COVID-19 trong vòng 90 ngày qua không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Quý vị có đang mang thai hoặc cho con bú không? (không có kiêng cử)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Chấp Thuận Có Hiểu Biết: Vui lòng đọc và ký tên.

Bằng cách ký tên dưới đây, tôi chấp thuận để được sĩ hoặc được sĩ thực tập được giám sát hoặc kỹ thuật viên hoặc người được cấp phép khác, trong những trường hợp được quy định của tiểu bang/liên bang cho phép, là nhân viên của hoặc có hợp đồng với Albertsons Companies hoặc một trong các nhà thuốc liên kết của Albertsons Companies, chủng ngừa (các) loại vắc-xin cho tôi và liên lạc với tôi về các chủng ngừa khác mà tôi cần hoặc hội đủ điều kiện được nhận theo số điện thoại được cung cấp ở trên. Tôi cũng miễn trừ cho Albertsons Companies, các cơ sở, chi nhánh, cán bộ, giám đốc, nhân viên và đại lý của Albertsons Companies khỏi tất cả các trách nhiệm pháp lý bao gồm các hành động từ việc bỏ lỡ hoặc thực hiện theo phân sự, là kết quả hoặc phát sinh từ việc tôi nhận tiêm ngừa vắc-xin. Tôi hiểu rằng: 1) Tôi đã tự nguyện chọn tiêm ngừa vắc-xin này và hiểu rằng tôi có nghĩa vụ thanh toán cho tất cả các sản phẩm và dịch vụ mà tôi nhận được, nếu áp dụng. 2) Tôi có thể phải chịu trách nhiệm cho việc thanh toán sau ngày nhận dịch vụ nếu sản phẩm hoặc dịch vụ được lập hóa đơn cho phúc lợi y tế của tôi. 3) Tôi đủ tuổi hợp pháp và được ủy quyền để thực hiện mẫu chấp thuận này hoặc tôi là phụ huynh/người giám hộ của trẻ vị thành niên. 4) Tôi sẽ thông báo ngay cho được sĩ bất kỳ tình trạng y tế nào có thể ảnh hưởng có hại đến sức khỏe cá nhân của tôi hoặc tính hiệu quả của vắc-xin. 5) Tôi đã được tư vấn về các tác dụng phụ có thể xảy ra sau khi tiêm ngừa vắc-xin, thời điểm có thể xảy ra tác dụng phụ và thời gian cũng như nơi tôi cần đến để được điều trị. Tôi có trách nhiệm tái khám với bác sĩ của mình và tự thanh toán chi phí nếu tôi gặp bất kỳ tác dụng phụ nào. 6) Tôi nên ở lại khu vực này để theo dõi trong 15 phút trừ khi tôi có tiền sử có phản ứng dị ứng tức thời ở bất kỳ mức độ nghiêm trọng nào với vắc-xin hoặc liệu pháp tiêm hoặc nếu tôi có tiền sử sốc phản vệ do bất kỳ nguyên nhân nào, tôi nên ở lại khu vực đó để theo dõi trong 30 phút sau khi tiêm ngừa. Nếu tôi không chờ đợi mà rời khỏi khu vực, tôi thừa nhận rằng tôi sẽ tự mọi chịu rủi ro và rằng tôi đang chống lại lời khuyên của chuyên gia đã thực hiện tiêm ngừa vắc-xin. 7) Tôi đã đọc, hoặc đã được đọc cho nghe (Các) Tuyên Bố Thông Tin Vắc-xin (Vaccine Information Statement “VIS”) hoặc Giấy Ủy Quyền Sử Dụng Trong Trường Hợp Khẩn Cấp (Emergency Use Authorization “EUA”) liên quan đến (các) loại vắc-xin được quản lý. Tôi đã có cơ hội được đặt câu hỏi và tất cả các thắc mắc của tôi đã được giải đáp một cách thỏa đáng. Tôi hiểu các lợi ích và rủi ro của (những) loại vắc-xin này. 8) Tôi đã được đề nghị nhận và/hoặc cung cấp một bản sao của Thông Báo Về Thực Hành Quyền Riêng Tư của công ty tuân thủ Đạo Luật về Trách Nhiệm Giải Trình và Cung Cấp Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế (Health Insurance Portability and Accountability Act - HIPAA). 9) Vắc-xin này, bao gồm bất kỳ loại vắc-xin nào được bảo vệ quyền riêng tư bổ sung theo luật tiểu bang hoặc liên bang, đều được báo cáo cho nhà thuốc của tôi hoặc cơ quan liên kết kinh doanh với cơ quan đăng ký chủng ngừa, và họ có thể chia sẻ dữ liệu chủng ngừa của tôi với người khác, bác sĩ chăm sóc chính của tôi, bác sĩ được ủy quyền hoặc Sở Y Tế địa phương, nếu có, và tôi ủy quyền cho việc tiết lộ đó. (Chỉ dành cho New Jersey: Tôi ủy quyền _____ báo cáo về việc tôi đã nhận được vắc-xin này cho nhà cung cấp chăm sóc chính của tôi Tôi hiểu rằng nếu tôi không đánh dấu vào phần ủy quyền/ không ủy quyền thì điều đó sẽ được coi như là đã ủy quyền.) (Chỉ dành cho South Dakota và Massachusetts: Tôi hiểu rằng tôi có quyền phân phối việc chia sẻ dữ liệu của mình cho các bên nói trên thông qua các cơ quan đăng ký như vậy.)

X
 Chữ Ký của Bệnh Nhân hoặc Phụ Huynh/Người Giám Hộ của Bệnh Nhân Vị Thành Niên _____ Ngày _____

Chỉ Dành Cho Nhà Thuốc

Tên Vắc-xin	Số Lô #	Ngày Hết hạn	Nhà sản xuất	Liều lượng (ml)	Liều Số #	Hình thức sử dụng:	Vị trí (khoanh tròn)	Ấn bản của VIS/ EUA Ngày
							Phải / Trái Bả vai	

Tên Quản trị viên _____ Ngày Tiêm ngừa _____ NPP Đề nghị Tư vấn từ Được sĩ đã Đăng ký (Vui lòng khoanh tròn): **Chấp nhận / Từ chối**

Chữ ký Được sĩ đã Đăng ký (RPh) [Chỉ rõ: (1) VIS/EUA Cấp phép (2) Tư vấn được đề nghị (3) Bệnh nhận đủ điều kiện đã xác minh]: _____

CHỈ DÀNH CHO BANG WA: Thay thế Cho phép: _____ **Phân phối như Văn bản:** _____

Số định danh Tài khoản Ngân hàng: _____ PCN: _____ Nhóm số: _____ Số ID: _____

Y tế (Tên, Số ID, Nhóm số, ID Người thanh toán – nếu thuộc UHC): _____

Thông tin Hoá đơn (chỉ dành cho ngoài cơ sở) Tên Phòng khám: _____ Địa Chỉ Phòng khám: _____