

Проінформована згода на одержання щеплення вакциною від коронавірусу COVID-19

Прізвище	Ім'я	Друге ім'я	Дата народження	Вік	<input type="checkbox"/> Ч <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> Інша
					Стать
					() -

Домашня адреса	Місто	Штат	Код пошти	Тел. <input type="checkbox"/> Дом. <input type="checkbox"/> Стільниковий
-----------------------	--------------	-------------	------------------	---

Номер посвідчення Medicare Частина В або останні 4 цифри Номера соціального страхування (SSN): _____ **Посвідчення водія №:** _____

Раса: Азіат Темношкірий чи афроамериканець Іспанського походження Американський індіанець Білий Уродженець островів Океанії
 Дві раси або більше Інша: _____
Етнічне походження: Іспанського походження чи латиноамериканець Не іспанського походження і не латиноамериканець
 Відмовляюсь вказувати (Невідомо)

Ув яку руку Ви бажаєте увести вакцину? Вкажіть вагу, ЯКЩО ВОНА МЕНШЕ ніж 66 фунтів: _____ фунтів.
Ім'я, Прізвище першорядного лікаря-терапевта або назва установи первинної медичної допомоги: _____
(Обведіть) Ліва Права Адреса постачальника первинної медичної допомоги: _____

Питальник щодо стану здоров'я: Щоб відповісти на запитання, позначте чотирикутника.

Питання про стан здоров'я – ЗАУВАЖТЕ: ЯКЩО ПИТАЛЬНИКА ВИПОВНЮВАЛИ У ВСЕМЕРЕЖІ (УВ ІНТЕРНЕТІ), ПЕРЕГЛЯНЬТЕ ВІДПОВІДІ З ПАЦІЄНТОМ, ЩОБИ ПЕРЕКОНАТИСЯ ЧИ НЕ БУЛО ВНЕСЕНО ЗМІН		Так	Ні
1.	Чи Ви сьогодні почуваетесь хворим?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Ви коли-небудь отримували дозу вакцини проти COVIDy -19? Якщо так, то якої вакцини? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Інша: _____ Дата: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Чи Ви коли-небудь мали алергію на попередню вакцину проти COVIDy-19 або на будь-який компонент вакцини проти COVIDy-19, включаючи поліетиленгліколь (ПЕГ) або полісорбат?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Чи Ви коли-небудь мали алергію на іншу вакцину (окрім вакцини проти COVIDy-19) або на ліки, які впорскуються?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Чи Ви коли-небудь мали сувору алергію (анафілаксію) на будь-яку їжу, хатніх тварин, алергени навколишнього середовища, пероральні препарати або на матеріал латекс? Якщо так, вкажіть на що саме:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Чи Ви одержували будь-які вакцини протягом останніх 14 днів? (не є протипоказанням)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Чи проходили ви пасивне лікування антитілами (моноклональними антитілами або конвалесцентною сироваткою) для лікування COVIDy-19 протягом останніх 90 днів?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Чи Ви є вагітною або годуєте грудьми? (не є протипоказанням)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Проінформована згода: Прочитайте та підпишіть.

Підписуючись нижче, я даю згоду на уведення вакцини провізором або студентом-провізором під наглядом чи фахівцем або іншою уповноваженою особою, там, де таке дозволяється законом або настановами штату / федерального уряду, які працюють або є підрядниками в товаристві "Albertsons Companies" чи одній з афілійованих з ним аптек або наймаються ними, а також на те, щоби мені телефонували на зазначений вище номер телефону щодо інших щеплень, які мені належить отримати або які я маю право отримати. Я також звільняю товариство "Albertsons Companies" та його дочірні товариства, його філії, його посадових осіб, директорів, працівників та агентів від будь-якої відповідальності, включаючи такі дії, як недогляд, або скоєння таких дій, які настають або які виникають через моє одержання цього щеплення. Я розумію, що: 1) Я з власної волі вирішив(-ла) отримати щеплення і розумію, що зобов'язаний(-а) оплачувати всі отримані вироби та послуги, якщо таке стосується мене. 2) Я можу нести відповідальність за сплачування після дня надання послуги, якщо фактура за виріб за або послугу надсилається до мого медичного страховика. 3) Я досяг(-ла) повноліття та маю право підписувати цю форму згоди або я є батьком/матір'ю / опікуном неповнолітнього пацієнта. 4) Я негайно попереджу провізора про будь-які захворювання, які можуть негативно вплинути на моє особисте здоров'я або на ефективність вакцини. 5) Мене попередили щодо потенційних бічних ефектів після щеплення, щодо того, коли вони можуть виникнути, а також щодо того, коли і куди мені слід звернутися по лікування. Я несучу відповідальність за візит до свого лікаря за власний рахунок, якщо у мене виникнуть будь-які бічні ефекти. 6) Я повинен(-на) знаходитися у місці, де одержав (-ла) щеплення задля спостереження протягом 15 хвилин; проте, якщо в анамнезі я маю миттєву алергійну реакцію будь-якого ступеня тяжкості на вакцину або на лікування впорскуванням, або якщо в анамнезі я маю анафілаксію з будь-якої причини, я повинен(-на) знаходитися поблизу для спостереження протягом 30 хвилин після щеплення. Якщо я залишу приміщення, не чекаючи, я признаю, що роблю це на свій власний ризик та всупереч пораді фахівця, який впорскнув мені вакцину. 7) Я прочитав(-ла) або мені прочитали інформацію щодо вакцини (Vaccine Information Statement, VIS) або Дозвіл на термінове використання (Emergency Use Authorization, EUA), передбачені для вакцини, що впорскуюється. Я мав(-ла) можливість поставити запитання, і на всі мої запитання мені відповіли таким чином що це мене задовільнило. Я розумію переваги та ризики вакцин(и). 8) Мені запропонували та (або) надали примірника Сповідання товариства "Про порядок використання приватної інформації" відповідно до Закону про переносимість та підзвітність медичного страхування (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). 9) Це щеплення, включаючи будь-яке щеплення, яке передбачає додатковий захист приватності згідно із законодавством штату або федеральним законодавством, підлягає звітуванню моєю аптекою або її спільником до реєстру щеплень, який може передавати мої відомості про щеплення іншим особам та моему лікареві первинної медичної допомоги, лікареві, який надавав дозвіл або місцевому департаментові охорони здоров'я, якщо таке належить, та я дозволяю таке передавання інформації. (Лише для Нью-Джерсі: Я дозволяю ___ не дозволяю ___ звітувати про отримання цього щеплення своїй лікувальній установі первинної медичної допомоги. Я розумію, що у разі відсутності моєї відмітки у полі "Дозволяю" / "Не дозволяю", це слугуватиме моїм дозволом). (Лише для Південної Дакоти та Массачусетсу: Я розумію, що маю право заперечити проти передавання моїх відомостей вищезазначеним сторонам через такі реєстри).

X

Підпис пацієнта чи одного з батьків / опікуна неповнолітнього пацієнта

Дата

Для вповнення працівниками аптеки

Назва вакцини	Партія №	Термін дії	Виробник	Доза (мл)	Доза №	Шлях уведення	Місце (обведіть)	Публікація VIS/EUA Дата
							<i>П / Л Дельтоподібний м'яз</i>	

ПІБ фахівця, який увів вакцину _____ Дата введення: _____

Запропоновано NPP Консультація ліцензованого провізора (Обведіть): **Прийнято / Відмовлено**

Підпис ліцензованого провізора [Вказує на (1) VIS/EUA передано (2) Запропонована консультація та (3) Відповідність пацієнта мірилам перевірено]:

ЛИШЕ для штату Вашингтон (WA): Заміну дозволено: _____ Видати точно як зазначено у рецепті: _____

RxBIN №: _____ PCN №: _____ Група №: _____ ID №: _____

Медичні відомості (Ім'я, № посвідчення, № Групи, № посвідчення платника - якщо UHC): _____

Платіжна інформація (лише за межами приміщення) Назва клініки: _____ Адреса клініки: _____