

ความยินยอมในการฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสโควิด -19

ข จู อื่นๆ

นามสกุล _____ ชื่อ _____ ชื่อกลาง _____ วันเดือนปีเกิด _____ อายุ _____ เพศ _____

ที่อยู่ _____ เมือง _____ รัฐ _____ รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์ # บ้าน มือถือ _____

Medicare Part B ID# หรือ 4 ตัวเลขสุดท้ายของ SSN: _____ ใบอนุญาตขับขี่ #: _____

ราชาพันธ์: เอเชีย ผิวสีหรืออาฟริกันอเมริกัน ฮิสแปนิก อเมริกันอินเดีย คอคเคเซียน หมู่เกาะแปซิฟิก ผสมสองเชื้อชาติหรือมากกว่า อื่นๆ: _____

เชื้อชาติ: ฮิสแปนิกหรือลาติโน ไม่ใช่ฮิสแปนิกหรือลาติโน ไม่ระบุสถานะ (ไม่ทราบ)

คุณต้องการฉีดวัคซีนที่แขนข้างไหน _____ ครอบงำน้ำหนักน้อยกว่า 66 ปอนด์: _____ ปอนด์ ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพหลัก: _____

(โปรดวงกลม) ซ้าย ขวา ที่อยู่ของผู้ให้บริการดูแลสุขภาพหลัก: _____

แบบสอบถามเพื่อการคัดกรอง: โปรดตอบคำถามโดยทำเครื่องหมายในช่อง

แบบสอบถามเพื่อการคัดกรอง - หมายเลข: หากตอบคำถามทางออนไลน์ โปรดตรวจสอบคำตอบของผู้ป่วยเพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงใดๆ	ใช่	ไม่
1. วันนี้คุณรู้สึกไม่สบายหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. คุณเคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 หรือไม่ ถ้าใช่ คุณได้รับผลิตภัณฑ์ใด <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> อื่นๆ: _____ วันที่: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. คุณเคยมีอาการแพ้วัคซีน COVID-19 รุ่นก่อนหน้าหรือส่วนประกอบใดๆ ของวัคซีน COVID-19 รวมทั้งโพลีเอทิลีนไกลคอล (PEG) หรือโพลีซอร์เบตหรือไม่?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. คุณเคยมีอาการแพ้วัคซีนชนิดอื่น (นอกเหนือจาก COVID-19) หรือยาชนิดหรือไม่?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. คุณเคยมีอาการแพ้อย่างรุนแรง (เช่น anaphylaxis (การแพ้ยารุนแรง)) กับบางสิ่งหรือไม่ ถ้าใช่ โปรดระบุ:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. คุณได้รับวัคซีนในช่วง 14 วันที่ผ่านมาหรือไม่? (ไม่ใช่ข้อห้าม)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. คุณได้รับการรักษาด้วยแอนติบอดีแบบพาสซีฟ (โมโนโคลนอลแอนติบอดีหรือเซรุ่มพาสซีฟ) เพื่อรักษา COVID-19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมาหรือไม่?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. คุณกำลังตั้งครรภ์หรือให้นมลูกหรือไม่ (ไม่ใช่ข้อห้าม)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

การขอความยินยอม : โปรดอ่านและลงนาม

โดยการลงลายมือชื่อของข้าพเจ้าด้านล่าง ข้าพเจ้ายินยอมให้มีการบริหาร วัคซีน โดยเภสัชกรหรือนักศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเจ้าหน้าที่เทคนิคที่อยู่ภายใต้การดูแลหรือบุคคลที่ได้รับอนุญาตอื่นตามที่กฎหมายอนุญาตหรือคำแนะนำของรัฐ/รัฐบาลกลางจ้างหรือทำสัญญาโดยบริษัท Albertsons หรืออย่างใดอย่างหนึ่งของร้านขายยาในเครือและติดต่อตามหมายเลขที่ไว้ไว้ข้างต้นเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนอื่นๆที่ข้าพเจ้าถึงกำหนดหรือมีสิทธิได้รับ ข้าพเจ้ายังยอมให้บริษัท Albertsons และบริษัทย่อย, บริษัทในเครือ, เจ้าหน้าที่, กรรมการ, พนักงานและตัวแทนออกจากความรับผิดชอบทั้งหมดรวมถึงการละเว้นหรือค่าคอมมิชชั่นซึ่งเป็นผลหรือเกิดจากการได้รับการฉีดวัคซีนนี้ของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าเข้าใจว่า: 1) ข้าพเจ้าเลือกที่จะรับการฉีดวัคซีนโดยสมัครใจและเข้าใจว่าข้าพเจ้ามีหน้าที่ต้องชำระค่าผลิตภัณฑ์และบริการทั้งหมดที่ได้รับ หากมี 2) ข้าพเจ้าอาจต้องรับผิดชอบในการชำระเงินหลังจากวันที่ให้บริการ หากผลิตภัณฑ์หรือบริการถูกเรียกเก็บเงินตามผลประโยชน์ทางการแพทย์ของข้าพเจ้า 3) ข้าพเจ้าบรรณคดีการและได้รับอนุญาตให้ดำเนินการแบบฟอร์มยินยอมนี้หรือข้าพเจ้าเป็นพ่อแม่/ผู้ปกครองของผู้ป่วยที่เป็นผู้ป่วย 4) ข้าพเจ้าจะแจ้งเตือนภักษกรทันทีเกี่ยวกับเงื่อนไขทางการแพทย์ใดๆที่อาจส่งผลเสียต่อสุขภาพส่วนบุคคลหรือประสิทธิภาพของวัคซีน 5) ข้าพเจ้าได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นหลังการฉีดวัคซีนเมื่ออาจเกิดขึ้นและเมื่อใดและที่ใดที่ข้าพเจ้าควรไปรับการรักษา ข้าพเจ้าได้รับรับผิดชอบในการติดตามผลกับแพทย์ของข้าพเจ้าด้วยค่าใช้จ่ายของข้าพเจ้าเอง หากพบผลข้างเคียง 6) ข้าพเจ้าควรอยู่ในบริเวณนั้นเพื่อสังเกตการณ์เป็นเวลา 15 นาทีเว้นแต่ข้าพเจ้าจะมีประวัติของอาการแพ้ที่ที่มีควมรุนแรงใดๆกับวัคซีนหรือการบำบัดแบบฉีดหรือถ้าข้าพเจ้ามีประวัติของการเกิดภูมิแพ้เนื่องจากสาเหตุใดๆ ข้าพเจ้าควรอยู่ในพื้นที่นั้น สำหรับการสังเกตเป็นเวลา 30 นาทีหลังการฉีดวัคซีน หากข้าพเจ้าออกจากพื้นที่โดยไม่ว่าข้าพเจ้ารับทราบว่ากำลังดำเนินการดังกล่าวด้วยความเสี่ยงของตัวเองและชัดเจนคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญที่ให้วัคซีน 7) ข้าพเจ้าได้อ่านหรือเคยอ่านคำชี้แจงข้อมูลวัคซีน (“VIS”) หรือการอนุญาตให้ใช้ในการฉุกเฉิน (“EUA”) ที่จัดเตรียมไว้ให้เพื่อฉีดวัคซีน ข้าพเจ้ามีโอกาสนำคำถามและทุกคำถามของข้าพเจ้าได้รับคำตอบความพึงพอใจของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าเข้าใจประโยชน์และความเสี่ยงของวัคซีน 8) ข้าพเจ้าได้รับการเสนอและ/หรือให้สำเนาประกาศเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติด้านความเป็นส่วนตัวของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจว่าข้าพเจ้าหรือผู้ร่วมธุรกิจของข้าพเจ้าไปยังทะเบียนการฉีดวัคซีนซึ่งอาจแบ่งปันข้อมูลการฉีดวัคซีนของข้าพเจ้ากับผู้อื่นและให้กับแพทย์ผู้ดูแลหลักของข้าพเจ้า แพทย์ผู้เฝ้าระวังหรือกรรมการอนามัยในพื้นที่หากมีและข้าพเจ้าอนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลเหล่านี้ (เฉพาะนิวเจอร์ซีย์เท่านั้น: ข้าพเจ้าอนุญาต _____ ไม่อนุญาต _____ การรายงานการได้รับการฉีดวัคซีนนี้ไปยังผู้ให้บริการดูแลสุขภาพหลักของข้าพเจ้าข้าพเจ้าเข้าใจว่าการไม่ตรวจสอบการอนุญาต/ไม่อนุญาตจะถือเป็นการอนุญาต (เฉพาะโคโลราโดและเนบราสกาเท่านั้น: ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้าพเจ้ามีสิทธิ์คัดค้านการแบ่งปันข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังบุคคลที่กล่าวถึงข้างต้นผ่านการลงทะเบียนดังกล่าว)

X

ลายมือชื่อของผู้ป่วยหรือผู้ปกครอง/ผู้ปกครองของผู้ป่วยที่เป็นผู้เยาว์ _____ วันที่ _____

สำหรับร้านขายยาใช้เท่านั้น

ชื่อวัคซีน	ลอต #	วันหมดอายุ	ผู้ผลิต	โดส (มล.)	โดส #	เส้นทาง	ไซต์ (วงกลม)	สิ่งพิมพ์ VIS/EUA วันที่
							R / L เดลทอยด์	

ชื่อของผู้ดูแลระบบ: _____ วันที่บริหาร: _____ NPP เสนอการให้คำปรึกษา RPH (โปรดวงกลม): ยอมรับแล้ว / ปฏิเสธแล้ว

RPH Signature [ระบุ (1) VIS/EUA ให้ (2) การให้คำปรึกษาและ (3) การตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ป่วย]: _____

WA เท่านั้น: อนุญาตให้เปลี่ยนตัวได้: _____ จ่ายเป็นลายลักษณ์อักษร: _____

RxBIN: _____ PCN: _____ กลุ่ม#: _____ รหัส#: _____

ทางการแพทย์ (ชื่อ, รหัส#, กลุ่ม#, รหัสผู้ชำระเงิน - ถ้าเป็น UHC): _____

ข้อมูลการเรียกเก็บเงิน (นอกสถานที่เท่านั้น) ชื่อคลินิก: _____ ที่อยู่คลินิก: _____