

COVID-19 백신 접종 사전 동의서

☐남 ☐여 ☐기타

성	이름	미들네임	생년월일	나이	성별
집 주소	시	주	우편번호	전화번호	☐집 ☐휴대전화

메디케어 파트 B 아이디# 또는 사회 보장 번호의 마지막 4 자리: _____ 운전면허증 번호: _____

인종: 아시아인 흑인 또는 아프리카계 미국인 히스패닉 미국 원주민 백인 태평양 섬 주민 두 인종 이상 그 외: _____
 민족: 히스패닉 또는 라틴계 비 히스패닉 또는 라틴계 알리고 싶지 않음 (모름)

어느 쪽 팔에 백신을 맞고 싶으십니까? 66 파운드 미만인 경우 체중을 입력하십시오: _____ Lbs. 1 차 진료 제공자 이름: _____
 (동그라미를 표시해 주십시오) 왼쪽 오른쪽 1 차 진료 제공자 주소: _____

선별검사 질문지: 확인란을 선택하여 질문에 답하십시오.

선별검사 질문 - 참고: 온라인으로 작성한 경우 환자와 함께 답변을 검토하여 변경 사항이 없는지 확인하십시오.		예	아니요
1.	오늘 아프니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	COVID-19 백신을 맞은 적이 있습니까? 백신을 맞은 적이 있다면, 어떤 제품을 접종 받았습니까? <input type="checkbox"/> Pfizer(화이자) <input type="checkbox"/> Moderna(모더나) <input type="checkbox"/> 그 외: _____ 날짜: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	이전 COVID-19 백신이나 폴리에틸렌 글리콜(polyethylene glycol, PEG) 또는 폴리소르베이트(polysorbate)를 포함한 COVID-19 백신 성분에 알레르기 반응을 보인 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	다른 백신(COVID-19 백신 제외)이나 주사 가능한 약물에 알레르기 반응을 보인 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	음식, 애완동물, 환경 알레르기 반응, 경구 용 약물 또는 라텍스에 대해 심각한 알레르기 반응 (아나필락시스)을 경험한 적이 있습니까? "예"일 경우, 모두 기재해 주십시오:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	지난 14 일 내에 백신 접종을 받은 적이 있습니까? (금기사항 아님)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	지난 90 일 이내에 COVID-19 에 대한 치료로 수동 항체 요법(단클론항체(monoclonal antibodies) 또는 회복성혈청(convalescent serum))을 받은 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	임신 중이거나 모유 수유 중입니까? (금기 사항 아님)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

사전 동의: 읽고 서명해 주십시오.

아래 본인의 서명으로, 본인은 Albertsons Companies 또는 계열 약국에 고용 또는 계약된 약사, 감독을 받는 실습 약사나 기술자, 또는 법이나 주/연방 지침에 따라 승인을 받은 사람으로부터 백신 접종을 받고, 본인이 접종 받아야 하거나 접종 받을 자격이 되는 기타 예방접종과 관련하여 상기 제공된 번호로 연락을 받는 것에 동의합니다. 본인은 또한 이 백신 투여로 인해, 또는 그로부터 발생하는 작위 또는 부작위 행위를 포함해 모든 법적 책임으로부터 Albertsons Companies 와 그 자회사, 계열사, 임원, 이사, 피고용인 및 대리인을 면제합니다. 본인은 아래의 사항을 이해합니다: 1) 본인이 자발적으로 백신 접종을 선택하였으며 해당하는 경우, 본인이 받은 모든 제품 및 서비스에 대한 비용을 지불할 의무가 본인에게 있음을 이해합니다. 2) 본인의 의료적 혜택에 대해 제품이나 서비스 비용이 청구될 경우 서비스 날짜 이후에 지불의 책임이 있을 수 있습니다. 3) 본인은 법적 연명으로 본 동의서를 실행할 권한이 있거나 미성년자의 부모 또는 보호자입니다. 4) 본인은 본인의 건강이나 백신의 효과에 부정적인 영향을 미칠 수 있는 의학적 상태가 있을 경우 이를 즉시 해당 약사에게 알릴 것입니다. 5) 본인은 백신 투여 후 잠재적인 부작용, 부작용이 언제 발생할 수 있는지, 부작용을 언제 어디에서 치료를 받아야 할지에 대해 설명을 들었습니다. 본인은 부작용을 경험할 경우 본인의 비용으로 본인의 의사로부터 후속 치료를 받을 책임이 있습니다. 6) 본인은 백신이나 주사 요법 치료에 대해 심각하며 즉각적인 알레르기 반응 이력이 없는 경우 관찰을 위해 그 구역에 15 분간 머물러야 하며, 또한 어떠한 이유로든 아나필락시스를 경험한 이력이 있는 경우 백신 접종 후 30 분 동안 관찰을 위해 머물러야 합니다. 기다리지 않고 구역을 벗어나면, 본인은 스스로 위험을 감수하며 백신을 투여한 전문가의 조언을 따르지 않게 된다는 것을 알고 있습니다. 7) 본인은 투여받을 백신에 대해 제공되는 백신 정보 진술(Vaccine Information Statement, "VIS") 또는 긴급 사용 승인(Emergency Use Authorization, "EUA")을 읽었거나 다른 사람이 읽어 주는 것을 들었습니다. 본인은 질문할 기회가 있었고, 본인의 모든 질문에 대해 본인이 만족할 때까지 답변을 받았습니다. 본인은 해당 백신의 혜택과 위험을 이해합니다. 8) 본인은 건강 보험 양도 및 책임에 관한 법(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)에 따라 회사의 개인정보보호 관행 통지서 사본을 제공받았습니다. 9) 주 또는 연방법에 따라 추가적인 개인 정보 보호가 적용되는 일체의 백신을 포함해 이 백신은 본인의 약국 또는 약국 직원이 예방 접종 등록부에 신고해야 할 대상이며, 이는 본인의 예방접종 데이터를 다른 이와 본인의 1 차 진료 의사, 승인을 하는 의사 또는 해당하는 경우 현지 보건부에 공유할 수 있으며, 본인은 이러한 공개를 승인합니다. (누저지만 해당: 본인은 본 백신 접종 상황을 1 차 진료 제공자에게 보고할 것을 승인합니다. _____ 승인하지 않습니다. _____ 본인은 승인/승인하지 않음을 체크하지 않는 경우, 승인으로 간주된다는 것을 이해합니다.) (사우스다코타 및 메사추세츠만 해당: 본인은 이러한 등록을 통해 상기 당사자에게 본인의 자료를 알리는 것에 반대할 권리가 있음을 이해합니다.)

X

환자 또는 미성년자의 부모/보호자 서명

날짜

약국 전용(For Pharmacy Use Only)

백신명:	품목 #	만료일	제조업체	용량 (ml)	용량 #	경로	장소 (동그라미로 표시해 주십시오)	VIS / EUA 발행 날짜:
							오른쪽 / 왼쪽 삼각근	

관리자 이름: _____ 관리자 날짜: _____ NPP 제공 RPH 상담 (동그라미로 표시해 주십시오): 수락 / 거부

RPH 서명 [(1) VIS / EUA 제공 (2) 상담 제공 및 (3) 환자 적격성 인증 확인]: _____

WA 만 해당: 대체 허용: _____ 서면으로 제공: _____

RxBIN: _____ PCN: _____ 그룹#: _____ ID#: _____

의료 (이름, ID#, 그룹#, 지급인 ID - UHC 인 경우): _____

청구 정보 (오프 사이트만 해당) 클리닉 이름: _____ 클리닉 주소: _____