

COVID-19 疫苗接种的知情同意书

男 女 其他

姓氏 名字 中间名字 出生日期 年龄 性别

住宅地址 城市 州份 邮编 电话号码 家庭电话 手机

Medicare Part B 会员身分号码或 SSN 后 4 位数字: _____ 驾照号码: _____

种族: 亚裔 美国非裔黑人 西班牙裔 美国印第安人 白人 太平洋岛民 两种或以上 其他: _____

民族: 西班牙裔或拉丁裔 非西班牙裔或拉丁裔 不愿透露(不知道)

您比较习惯用哪只手臂接种疫苗? 如果体重不足 66 磅, 请输入体重: _____ 磅 主要保健医生姓名: _____

(请圈选) 左 右 主要保健医生地址: _____

筛检问卷: 请勾选方格以回答问题。

筛检问题 - 注意: 如在线上完成, 请与患者一起审阅答案, 以确保没有变更		是	否
1.	您今天是否生病?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	您是否已经接种过 COVID-19 疫苗? 如果有, 您接种了哪种疫苗? <input type="checkbox"/> (Pfizer) <input type="checkbox"/> 莫德纳 (Moderna) <input type="checkbox"/> 其他: _____ 日期: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	您是否曾经对之前的 COVID-19 疫苗或 COVID-19 疫苗中的任何成分 (包括聚乙二醇 (polyethylene glycol (PEG)) 或聚山梨酸酯 (polysorbate)) 产生过敏反应?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	您是否曾经对 (除 COVID-19 以外) 另一种疫苗或注射药物有过敏反应?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	您是否曾经对任何食物, 宠物, 环境过敏原, 口服药物或乳胶有严重的过敏反应 (过敏性休克)? 若 "是", 请列出:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	在过去的 14 天内, 您是否曾经接种过任何疫苗? (非禁忌症)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	在过去 90 天内, 您是否曾经接受过被动抗体疗法 (单株抗体治疗 (monoclonal antibodies) 或康复期血清 (convalescent serum)) 作为 COVID-19 的疗法?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	您现在是否正在怀孕或喂哺母乳? (非禁忌症)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

知情同意书: 请阅读并签名。

在下方签名, 即表示本人同意由 Albertsons Companies 或其附属药局聘雇的药剂师、受监督的实习药剂师或技师, 或是在法律或州/联邦指引许可下的情况下进行疫苗接种, 并可透过上述提供的号码, 就我应该或有资格接种的其他疫苗与我联络。本人亦免除 Albertsons Companies 与其子公司、关系企业、主管、董事、员工与代理的全部责任, 包括因为本人接受此疫苗所产生或造成的疏忽或错误行为。本人了解: 1) 本人自愿选择接种疫苗, 并且了解本人有义务支付使用产品及享受服务的所有费用 (如适用)。2) 若这些产品或服务是向本人的医疗福利收费, 在服务之日后, 本人可能需要负担这些费用。3) 本人已达法定年龄, 且取得签署此同意书的授权或本人是未成年病患的家长/监护人。4) 若有任何医疗情况可能会对本人的健康或疫苗功效造成负面影响, 本人将立即提醒药剂师。5) 相关人员已向本人说明接种疫苗后可能产生的副作用、这些副作用可能发生的时间以及本人应该寻求治疗的时间与地点。若本人遇到任何副作用, 本人有责任自费与本人的医生进行后续治疗。6) 接种疫苗后, 我应该停留在区域内观察 15 分钟, 但若我对疫苗或者注射型治疗有过任何严重立即性过敏反应病史, 或者我因任何原因曾发生过过敏性休克, 我应停留在区域内观察 30 分钟。如果我不等待就离开区域, 我了解此行为有违接种疫苗专业人员的建议, 并将自己承担风险。7) 本人已经阅读或者已经有人读给本人听关于即将提供施打疫苗的疫苗资讯声明书 (Vaccine Information Statement, "VIS") 或紧急使用授权书 (Emergency Use Authorization, "EUA")。本人有机会提出各类问题, 并且本人的所有问题均已得到满意的答复。本人了解疫苗的优缺点与风险。8) 已向我和/或提供了符合《健康保险可移植性和责任法案》(HIPAA) 的公司《隐私惯例通知》的副本 9) 此类疫苗接种, 包括州或联邦法律规定享有额外隐私权保护的其他任何疫苗, 均须由本人的医师或其同事向免疫登记处通报, 该处可能与他人以及本人的初级保健医师、授权医或当地卫生局 (若适用) 共用本人的免疫资料, 且本人授权同意披露。(仅适用于新泽西州: 本人授权 ___ 不授权 ___ 将本人接种此疫苗一事通报给本人的初级保健医师。本人了解, 如果没有勾选授权/不授权, 则将视为授权。) (仅适用于南达科他州和马萨诸塞州: 本人了解, 本人有权反对透过该种登记处将本人的资料与上述当事方共用。)

X _____

患者本人签名或未成年患者的家长/监护人签名 日期

仅供药房使用

疫苗名称:	批号	有效日期	制造商	剂量 (毫升)	剂量号码:	途径	部位 (圈选)	VIS/EUA 出版日期
							右 / 左 三角肌	

疫苗接种者的姓名: _____ 接种日期: _____ 提供的 NPP RPh 咨询 (请圈出): 接受/拒绝

RPh 签名 [表示 (1) 已经提供 VIS/EUA (2) 已提供咨询 (3) 已验证患者的资格]: _____

仅适用于 WA: 允许替代品: _____ 按指示分配: _____

RxBIN: _____ PCN: _____ 小组号码: _____ 身证号码: _____

医疗 (姓名、身分证号码、小组号码、付款人证件号码 - 如果是 UHC): _____

账单信息 (仅限场外) 诊所名称 _____ 诊所地址: _____