



Number #: _____

新冠疫苗接种同意书 第一剂 第二剂 HRSA

病人信息			
姓	名	出生日期	Age <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他
母亲的姓	母亲的名	性别	
地址:			
街名	公寓 #	城市	邮政编码
电话# ()	()	()	
家里		工作	手机
紧急联系人:			
姓名		关系	电话#
人口统计 - 每个部分必须至少选中 1 个框			
种族: <input type="checkbox"/> 美国印第安人 / 阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亚裔 <input type="checkbox"/> 黑人 / 非裔美国人 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民 / 太平洋岛民/ <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 其他种族 族裔: <input type="checkbox"/> 西班牙语裔 / 拉丁裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙语裔 / 拉丁裔	<input type="checkbox"/> 移徙/季节性农业工人 <input type="checkbox"/> 无家可归的人 <input type="checkbox"/> 住在低收入房屋 <input type="checkbox"/> 英语能力有限的个人 <input type="checkbox"/> 以上都不是		
保险信息			
*病人信息披露: 政府免费提供该疫苗, 您的保险信息将用于收取接种疫苗的注射费, 您个人不承担任何费用。			
保险类型	保险公司名称	会员 ID 号码	团体号码
投保人的姓	投保人的名	投保人的出生日期	
投保人与病人的关系			
您接种疫苗当天的车辆信息			
颜色	品牌	型号	



Number #: _____

新冠疫苗接种同意书

第一剂 第二剂 HRSA

選擇您的資格：選擇所有適用的內容。

- 我目前居住在 Alameda County
- 我目前居住在 Santa Clara County
- 我目前在 Alameda County 工作
- 我目前在 Santa Clara County 工作

請寫出您居住和/或工作的城市: _____

第二次劑量通知

我承認我可能需要安排第二劑疫苗。我同意接收有關疫苗的電子郵件或短信，並且如果我尚未收到第二劑疫苗，則可以收到有關我的 COVID-19 疫苗任命的提醒。我了解此類消息將無法安全發送。

疫苗接种同意书

我已经收到为接种者和看护者提供的新冠疫苗说明书。我已经阅读了所提供的关于我将要接种的疫苗信息，并有机会提出问题且得到满意的回答。我明白接种该疫苗的好处和风险。我明白在疫苗注射后我应在接种区停留至少 15 分钟，以观察是否有任何潜在的不良反应。

披露记录

我明白，BACH 可能必须向州或联邦登记处披露我的健康信息，以用于治疗或其他需要，如公共卫生、监督追踪和安全监测等目的。可能会披露以下个人可识别的健康信息: 疫苗类型、识别号码、疫苗接种日期，包括所有剂量和后续随访信息。我特此同意 BACH 工作人员存取我的电子病历，以记录我接种疫苗的情况。

X

 接种疫苗的病人签名 (或家长、监护人、授权代表) 日期
如果您代表病人签名，则表示您被授权代表病人提供所需的同意书。

接种疫苗的病人姓名

 病人、监护人或授权代表的姓名 电话号码 关系

病人姓名: _____ 出生日期: _____



Number #: _____

新冠疫苗接种同意书 第一剂 第二剂 HRSA

新冠疫苗接种筛查问题	是	否	不知道
1. 您今天是否感觉生病了?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 您是否已接种过一针剂新冠疫苗?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
如回答是, 哪个疫苗? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> 其他: _____			
3. 您是否曾经有过严重的过敏反应(如过敏性休克)? 例如, 您用了肾上腺素或 Epipen 治疗过敏反应, 或者您必须去医院治疗过敏反应?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- 接种新冠疫苗后是否出现严重的过敏反应?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- 接种其他疫苗或注射药物后是否出现严重的过敏反应?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 在过去的 14 天内, 您是否接种过任何疫苗?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 在过去的 90 天内, 您是否曾经接受过单克隆抗体或恢复期血浆作为治疗新冠 病毒的一部分?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 您是否有出血性疾病或正在服用血液稀释剂?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 您是否免疫力低下或者目前正在服用降低免疫反应的药物? (如艾滋病药、类固醇药、抗癌药或放射治疗等。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 针对女性, 您是否目前正在母乳喂养或怀孕?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

签名_____
日期

Info Reviewed and OK to give Covid Vaccine: _____

Staff

 LD RD Time: _____ Initials: _____