



Đơn đăng ký cho COVID vắc xin

 Liều thứ nhất

 Liều thứ hai

 HRSA

Thông tin về bệnh nhân			
Họ	Tên	Ngày sinh	Tuổi <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Khác
Họ của mẹ	Tên của mẹ	Giới tính	
Địa chỉ:			
Tên đường và số nhà	số chung cư	Thành Phố	Zipcode
Số điện thoại ()	()	()	
Nhà	Chỗ làm	Cầm tay	
Số liên lạc khẩn cấp:			
Tên	Mối quan hệ	Số điện thoại	
Thông tin cá nhân – Phải chọn một trong những điều sau			
<u>Chủng tộc:</u> <input type="checkbox"/> Người Mỹ Bản Xứ/ Alaska Native <input type="checkbox"/> Á Châu <input type="checkbox"/> Mỹ Gốc Phi/Mỹ đen <input type="checkbox"/> Cư dân bản địa Thái Bình Dương <input type="checkbox"/> Mỹ trắng <input type="checkbox"/> Chủng tộc khác		<input type="checkbox"/> Công nhân nông nghiệp di cư / theo mùa <input type="checkbox"/> Vô gia cư <input type="checkbox"/> Ở nhà trọ cho người nghèo <input type="checkbox"/> Trình độ tiếng Anh hạn chế <input type="checkbox"/> Những điều trên không phù hợp	
<u>Dân tộc:</u> <input type="checkbox"/> Tây Ban Nha hoặc Latino <input type="checkbox"/> Không phải Tây Ban Nha hoặc Latino			
Thông tin về bảo hiểm:			
*Tiết lộ cho bệnh nhân: Vắc xin này miễn phí. Bảo hiểm của quý vị sẽ chi trả cho chi phí của cuộc hẹn hôm nay. Quý vị không cần trả cho chi phí của vắc xin hoặc của cuộc hẹn này.			
Loại bảo hiểm	Tên bảo hiểm	Số ID của bảo hiểm	Nhóm của bảo hiểm
Họ và tên của người đứng tên trên bảo hiểm		Ngày sinh của người đứng tên trên bảo hiểm	
Mối quan hệ giữa người đứng tên trên bảo hiểm và bệnh nhân			
Thông tin của xe trong ngày nhận vắc xin			
Màu	Hiệu	Mẫu/Model	



Đơn đăng ký cho COVID vắc xin

 Liều thứ nhất

 Liều thứ hai

 HRSA

Chọn điều kiện phù hợp của quý vị:

- Hiện giờ, tôi cư ngụ quận Alameda
 Hiện giờ, tôi đi làm ở quận Alameda

- Hiện giờ, tôi cư ngụ quận Santa Clara
 Hiện giờ, tôi đi làm ở quận Santa Clara

Xin cho biết thành phố quý vị đang cư ngụ hoặc đi làm: _____

THÔNG BÁO CHO LIỀU THỨ HAI

Tôi biết rằng tôi phải nhớ làm hẹn để nhận liều vắc xin thứ hai. Tôi đồng ý nhận email hoặc tin nhắn văn về dịch vụ chăm sóc và những lời nhắc nhở về cuộc hẹn vắc xin COVID-19 của tôi nếu tôi chưa nhận được liều vắc xin thứ hai. Tôi hiểu rằng những tin nhắn như vậy sẽ không được gửi đi một cách an toàn.

XÁC NHẬN KHI NHẬN VẮC XIN

Tôi đã được cung cấp Tờ Thông tin về Thuốc chủng ngừa COVID-19 cho Người nhận và Người chăm sóc. Tôi đã đọc thông tin về loại vắc xin mà tôi hoặc con tôi đang / sắp được tiêm chích. Tôi đã có cơ hội hỏi và những thắc mắc của tôi đã được giải thích tới mức hài lòng. Tôi hiểu những lợi ích và rủi ro của việc tiêm chủng. Tôi hiểu rằng tôi nên ở trong khu vực quan sát 15 phút sau khi tiêm vắc xin để được theo dõi về bất kỳ tác dụng phụ nào có thể xảy ra.

CÔNG BỐ HỒ SƠ

Tôi hiểu rằng BACH có thể được yêu cầu tiết lộ thông tin sức khỏe của tôi cho cơ quan đăng ký tiểu bang hoặc liên bang cho các mục đích điều trị hoặc các nhu cầu khác như mục đích sức khỏe cộng đồng, theo dõi giám sát và giám sát an toàn. Các thông tin sức khỏe có thể nhận dạng cá nhân sau đây có thể được tiết lộ: loại tiêm chủng và số nhận dạng, ngày tiêm chủng, bao gồm tất cả các liều và thông tin theo dõi tiếp theo. Tôi đồng ý cho nhân viên BACH truy cập hồ sơ bệnh án điện tử của tôi với mục đích ghi lại các cuộc tiêm chủng của tôi.

X

Chữ ký của bệnh nhân nhận vắc xin (hoặc cha mẹ, người giám hộ hoặc đại diện có ủy quyền) Ngày
 Nếu quý vị thay mặt bệnh nhân ký tên, quý vị xác nhận rằng quý vị được ủy quyền để thay mặt bệnh nhân cho sự đồng ý cần thiết.

Tên bệnh nhân nhận vắc xin

Tên của cha mẹ, người giám hộ hoặc đại diện có ủy quyền

Số điện thoại

Mối quan hệ

Tên bệnh nhân: _____ Ngày sinh: _____



Đơn đăng ký cho COVID vắc xin

 Liều thứ nhất

 Liều thứ hai

 HRSA

Câu hỏi khảo sát trước khi nhận vắc xin	Có	Không	Không biết
1. Quý vị có cảm thấy bệnh hôm nay không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Quý vị có bao giờ nhận được một liều của COVID-19 vắc xin không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nếu có, loại nào? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> loại khác: _____			
3. Quý vị từng bị phản ứng dị ứng nghiêm trọng trong quá khứ chưa? Ví dụ: một phản ứng mà quý vị đã được điều trị bằng epinephrine hoặc EpiPen, hoặc quý vị đã phải đến bệnh viện để làm gì?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Có phản ứng dị ứng nghiêm trọng sau khi nhận được một liều của COVID-19 không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Có phản ứng dị ứng nghiêm trọng sau khi nhận được một liều của vắc xin khác hoặc thuốc tiêm không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Quý vị đã nhận được bất kỳ loại vắc xin nào trong 14 ngày qua chưa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Quý vị đã nhận được kháng thể đơn dòng hoặc huyết tương dưỡng bệnh như một phần của điều trị COVID-19 trong 90 ngày qua?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Quý vị có bị ung hoặc bệnh về thư máu hay quý vị đang dùng thuốc làm loãng máu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Quý vị có hệ thống miễn dịch suy yếu hoặc hiện đang dùng thuốc có thể làm giảm phản ứng miễn dịch của quý vị? (tức là thuốc điều trị HIV, steroid, thuốc chống ung thư hoặc điều trị bức xạ, v.v.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Đối với phụ nữ, bạn đang cho con bú hay đang mang thai?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Chữ ký _____

Ngày _____

Info Reviewed and OK to give Covid Vaccine: _____
Staff

 LD

 RD

Time: _____

Initials: _____