

(流感疫苗同意書 2023-2024)

Label	Vaccine Funding Source <input type="checkbox"/> Purchased <input type="checkbox"/> Vaccine For Children <input type="checkbox"/> Vaccine For Adult <input type="checkbox"/> State Grant Fund
-------	---

患者姓名: _____

姓 名 中间名字

地址: _____

街道 门牌号码 城市 邮政编码

电话号码: (_____) _____

家庭号码

出生日期: _____ 性别: 男性 女性

月日年

你有健康保险吗? 是的 不; 如果是, 请提供您的健康保险信息 Medi-Cal/Medicare Kaiser Valley Health Plan (VHP) Anthem Anthem Bluecross / Blueshield Aetna Cigna 其他 _____ 组号: _____ 身份证号码: _____**種族和族裔**

<input type="checkbox"/> 白人	<input type="checkbox"/> 亞洲人
<input type="checkbox"/> 黑人或非裔美國人	<input type="checkbox"/> 美國印第安人或阿拉斯加原住民
<input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔	<input type="checkbox"/> 不止一個種族
<input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或太平洋島民	<input type="checkbox"/> 拒絕或不想回答

<input type="checkbox"/> 西班牙裔/ 拉丁裔	<input type="checkbox"/> 非西班牙裔/ 非拉丁裔	<input type="checkbox"/> 拒絕或不想回答
------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------

對於要接種疫苗的患者 (兒童和成人): 以下問題將幫助我們確定今天是否有任何理由不應該給您或您的孩子注射滅活流感疫苗。如果您對任何問題回答“是”, 並不一定意味著您(或您的孩子)不應該接種疫苗, 而只是意味著我們必須問更多的問題。如果有不清楚的問題, 請詢問您的醫療服務提供者。

	是	否	可能
1. 接種疫苗的患者今天是否生病了? Is the person to be vaccinated sick today?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 接種疫苗的患者是否對疫苗成分過敏? (乳膠-Latex、新黴素-Neomycin、明膠-Gelatin、雞蛋)。Does the person to be vaccinated have an allergy to a component of the vaccine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 接種疫苗的患者過去是否曾對流感疫苗有過嚴重反應? Has the person to be vaccinated ever had a serious reaction to influenza vaccine in the past?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 接種疫苗的患者是否曾患過格林-巴利綜合徵(Guillain-Barre syndrome)? 接種流感疫苗後 6 週內出現綜合徵(一種暫時性嚴重肌肉無力)? Has the person to be vaccinated ever had Guillain-Barré syndrome? Syndrome (a type of temporary severe muscle weakness) within 6 weeks after receiving a flu vaccine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

我已閱讀或已向我解釋季節性流感疫苗的疫苗信息聲明(Vaccine Information Statement), 並了解其風險和益處。

我同意灣區社區健康中心(Bay Area Community Health Center)接種流感疫苗。

(如果未簽署本同意書, 患者將不能接種疫苗)

患者簽名: _____

日期 _____



(流感疫苗同意書 2023-2024)

Label	<u>Vaccine Funding Source</u> <input type="checkbox"/> Purchased <input type="checkbox"/> Vaccine For Children <input type="checkbox"/> Vaccine For Adult <input type="checkbox"/> State Grant Fund
-------	---

Provider Fill out the Following:

Age	Dosage	Provider Initial
Child 6 months - 35 months old (2 doses 4 weeks apart if they are receiving the Flu vaccine for the first time)	0.25 mL	
Children 6 months to 8 years old (2 doses 4 weeks apart if they are receiving the Flu vaccine for the first time)	0.5 mL	
Children 9 years and older receive 1 dose	0.5 mL	
Pregnant Patients- preservative FREE	0.5 mL	

Second dose recommended Yes No

ICD 10: Z 23

Ordering Provider: _____ Date: _____

MA, select appropriate vaccine to be administered. Please enter Flu vaccine if not on the list.

CPT Code / Funding Source	Lot Number	Vaccine type	Manufacturer Indication	Exp. Date

Injection Site: Right deltoid Left deltoid right vastus lateralis left vastus lateralis

Signature and title of Vaccine Administrator: _____

Date: _____