



Đơn Cho Phép Chích Ngừa Cúm Mùa 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
-------	---

Tên bệnh nhân: _____
 Họ _____ Tên _____ Tên đệm _____
 Địa chỉ: _____
 Đường _____ Số nhà _____ Thành phố _____ Mã bưu điện _____
 Số điện thoại: (_____) _____
 Số nhà _____
 Ngày sinh: _____ Tháng / Ngày / Năm _____ Giới tính: Nam Nữ

Bạn có bảo hiểm sức khỏe không? Không Có ; Nếu có, vui lòng cung cấp thông tin bảo hiểm y tế của bạn
 Medi-Cal/Medicare Kaiser Valley Health Plan (VHP) Anthem Anthem Bluecross / Blueshield Aetna
 Cigna Bảo hiểm khác _____ Số nhóm: _____ Số ID: _____

Chủng tộc và Dân tộc (chọn một trong những ở sau đây)

<input type="checkbox"/> Mỹ trắng	<input type="checkbox"/> Á Châu
<input type="checkbox"/> Mỹ Gốc Phi/Mỹ đen	<input type="checkbox"/> Người Mỹ Bản Xứ/ Alaska Native
<input type="checkbox"/> Tây Ban Nha hoặc Latino	<input type="checkbox"/> Hơn một chủng tộc
<input type="checkbox"/> Người Hawaiian Bản Xứ or Cư dân bản địa Thái Bình Dương	<input type="checkbox"/> Không muốn tiết lộ/Từ chối

Dân tộc

<input type="checkbox"/> Tây Ban Nha hoặc Latino	<input type="checkbox"/> Không phải Tây Ban Nha hoặc Latino	<input type="checkbox"/> Không muốn tiết lộ/Từ chối
--	---	---

Cho bệnh nhân (cả người lớn và trẻ em) có thể nhận được vắc xin ngừa cúm: những câu hỏi sau đây giúp chúng tôi xác định những lý do không nên chích ngừa cúm cho quý vị hoặc con em của quý vị. Nếu quý vị trả lời "có" cho một trong những câu hỏi sau đây, câu trả lời này không có nghĩa là quý vị hoặc con em của quý vị sẽ không nhận được vắc xin chích ngừa cúm hôm nay. Chúng tôi sẽ hỏi thêm những câu hỏi cần thiết trong trường hợp này. Nếu một câu hỏi nào không rõ, xin hỏi nhân viên y tế để giải thích thêm.

	Có	Không	Có thể
1. Hiện tại, người được chích ngừa cúm hôm nay có bị bệnh hay không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Người được chích ngừa cúm hôm nay có bị dị ứng gì với những thành phần của vắc xin hay không? (nhựa latex, Neomycin, Gelatin, trứng).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Người được chích ngừa cúm hôm nay có bị tác dụng phụ nghiêm trọng khi nhận vắc xin ngừa cúm trong quá khứ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Người được chích ngừa cúm hôm nay có bị bệnh Guillain-Barre syndrome? Hội chứng này làm rối loạn hệ thống miễn dịch của cơ thể tấn công một phần hệ thần kinh ngoại biên trong vòng 6 tuần sau khi được chích ngừa cúm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tôi đã đọc hoặc đã được giải thích thông tin về vắc xin chích ngừa cúm theo và hiểu những rủi ro và lợi ích khi nhận vắc xin. Tôi cho Bay Area Community Health Center sự cho phép của tôi để chích ngừa cúm.

(Nếu tờ đơn này không có chữ ký cho phép, bệnh nhân sẽ không được chích ngừa.)

Chữ ký của bệnh nhân (nếu dưới 18 tuổi, phụ huynh hoặc người giám hộ) _____ Ngày _____



Đơn Cho Phép Chích Ngừa Cúm Mùa 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: _____