

MẪU XÁC NHẬN VACCINE COVID-19

Thông tin về người nhận vắc xin (vui lòng in ra)

Tên: _____ Ngày sinh: ___/___/___ Tuổi: _____ Giới tính: Nam giới Giống cái

Cuộc đua: Châu Á Đen Người Mỹ bản xứ Thái Bình Dương trắng Khác Dân tộc: Người Tây Ban Nha Người không phải gốc Tây Ban N

Địa chỉ: _____ Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Zip: _____

Điện thoại: _____ Bạn có bảo hiểm không? Không Đúng

Vui lòng hoàn thành những điều sau:

Người được chủng ngừa đã bao giờ được chủng ngừa COVID-19 chưa?	Đúng <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
Nếu có, ngày: _____	
Loại / Nhãn hiệu vắc xin COVID: _____	
Người được tiêm chủng có bị dị ứng với bất kỳ loại thuốc, thức ăn, vắc xin hoặc cao su nào không?	Đúng <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
Liệt kê tất cả các trường hợp dị ứng nếu có: Người được tiêm chủng phải từ 18 tuổi trở lên	Đúng <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
Người được chủng ngừa đã bao giờ bị phản ứng nghiêm trọng với bất kỳ loại thuốc nào chưa?	Đúng <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
Người được tiêm phòng hôm nay có bị ốm hay sốt cao hơn 100.4 không?	Đúng <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
Bạn đang mang thai, dự định có thai hoặc đang cho con bú?	Đúng <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
Bạn có bị suy giảm miễn dịch hoặc bạn đang dùng một loại thuốc ảnh hưởng đến hệ thống miễn dịch của bạn?	Đúng <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
Người được chủng ngừa có bị rối loạn chảy máu hay họ đang dùng thuốc làm loãng máu?	Đúng <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
Người được tiêm chủng có được chủng ngừa bất kỳ loại vắc xin nào khác trong 14 ngày qua không?	Đúng <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
Người được tiêm chủng đã được điều trị bằng kháng thể thụ động như điều trị COVID-19 chưa?	Đúng <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>

Bằng cách này, tôi xác nhận đã nhận được một bản sao của "Tờ thông tin cho Người nhận và Người chăm sóc" về việc Tiêm chủng COVID-19. Tôi cũng đảm bảo và tuyên bố rằng tôi đã đọc và hiểu như vậy. Tôi hiểu và đồng ý rằng FDA đã cho phép sử dụng khẩn cấp Vắc xin Moderna COVID-19, mặc dù nó không phải là vắc xin được FDA chấp thuận, tôi hiểu những rủi ro và lợi ích tiềm ẩn của Vắc xin Moderna cũng như mức độ rủi ro và lợi ích đó chưa được biết. Tôi cũng đã được cung cấp thông tin liên quan đến các loại vắc xin thay thế hiện có cũng như các rủi ro và lợi ích của các loại thay thế đó. Tôi hiểu rằng tôi, với tư cách là người nhận (hoặc tôi với tư cách là cha mẹ hoặc người giám hộ của người nhận, nếu có) có tùy chọn chấp nhận hoặc từ chối vắc xin này. Nó không bắt buộc phải được thực hiện. Tôi hiểu rằng Sở Y tế Hạt Seward (SCHD) được yêu cầu gửi dữ liệu quản lý vắc xin COVID-19 tới Hệ thống Thông tin Tiêm chủng Kansas (KSWebIZ), đồng thời báo cáo các tác dụng ngoại ý vữa và nghiêm trọng sau khi tiêm chủng cho Hệ thống Báo cáo Sự kiện Có hại của Vắc xin (VAERS). Tôi hoàn toàn đồng ý với việc phân phối dữ liệu đó cho KSWebIZ và VAERS của SCHD. Tôi cũng xác nhận rằng việc phát hành một số dữ liệu và thông tin có thể được yêu cầu bởi luật pháp.

Tôi hiểu SCHD đang tiêm vắc xin. SCHD, Hạt Seward, các quan chức được bầu, đại lý, nhân viên, người kế nhiệm, người được giao nhiệm vụ và chi nhánh từ chối rõ ràng bất kỳ và tất cả trách nhiệm hoặc nghĩa vụ đối với việc tiêm vắc xin Covid-19, bao gồm nhưng không giới hạn ở việc quản lý, hiệu quả, an toàn hoặc các tác dụng phụ tiềm ẩn. Sự đồng ý của tôi được đưa ra dựa trên kiến thức này và xem xét việc SCHD tiêm vắc-xin COVID-19. Tôi, đối với bản thân tôi, người giám hộ của tôi, những người thừa kế của tôi, quản trị viên, người ủy thác, người thừa hành, người được giao nhiệm vụ và những người thừa kế có lợi ích bằng văn bản này đồng ý trả tự do, giữ vô hại và bồi thường, Phòng y tế hạt Seward, Hạt Seward, các quan chức được bầu của nó, các công ty con của nó, các bộ phận, chi nhánh, người kế thừa, nhiệm vụ, cán bộ, người được ủy thác, nhân viên, tình nguyện viên và đại lý từ và chống lại bất kỳ và tất cả các yêu cầu, thiệt hại, tổn thất, chi phí, chi phí, nghĩa vụ, trách nhiệm, khiếu nại, hành động và nguyên nhân không có căn cứ hoặc cách khác) của bất kỳ bản chất nào (bao gồm, và những điều tương tự liên quan đến, hoặc phát sinh từ, trực tiếp hoặc gián tiếp, của tôi (hoặc, nếu tôi là cha mẹ hoặc người giám hộ, của con tôi hoặc người được giám hộ) nhận vắc-xin COVID-19 này. Hạt Seward và Sở Y tế Hạt Seward hiện đảm bảo, rõ ràng hoặc ngụ ý, bao gồm nhưng không giới hạn, bảo đảm ngụ ý về khả năng bán được hoặc tính phù hợp cho một mục đích cụ thể liên quan đến vắc xin, hiệu quả, tác dụng phụ hoặc an toàn của vắc xin. Nếu tôi đồng ý thay mặt cho một người khác, tôi đại diện và đảm bảo rằng tôi có toàn quyền để làm như vậy. Tôi hiểu và đồng ý với tất cả những điều trên và sau đây tôi đồng ý cho nhân viên của Sở Y tế Hạt Seward cung cấp cho tôi hoặc cá nhân được liệt kê ở trên vắc-xin COVID-19. Tôi đã đọc hoặc đã giải thích cho tôi về Giấy phép Sử dụng Khẩn cấp (EUA) cho vắc xin COVID-19. Tôi đã có cơ hội đi câu hỏi và họ đã được trả lời khiến tôi hài lòng. Tôi hiểu những lợi ích và rủi ro của vắc xin COVID-19 này. Do đó, tôi đồng ý rằng Sở Y tế Hạt Seward sẽ tiêm cho tôi hoặc người c tên ở trên mà tôi được phép đưa ra yêu cầu này (với tư cách là phụ huynh hoặc người giám hộ). Do đó, tôi chấp nhận rủi ro khi dùng thuốc chủng ngừa (hoặc tiêm cho con hoặc người giám hộ của tôi).

TÔI ĐÃ ĐƯỢC TƯ VẤN VÀ ĐỒNG Ý TRƯỚC 15-30 PHÚT QUAN SÁT SAU KHI NHẬN ĐƯỢC VACCINE CỦA TÔI (ORMY CỦA TRẺ EM) TRƯỚC KHI RỜI.

Tôi hiểu rằng vắc-xin COVID-19 là một loại vắc-xin gồm hai phần và không được coi là được sử dụng đầy đủ cho đến khi tôi nhận được hai liều vắc-xin được tiêm sau 28 ngày kể từ liều đầu tiên. Bằng việc ký tên vào bản chấp thuận này, tôi đồng ý và cô ấy đồng ý cho Sở Y tế Hạt Seward quản lý vắc-xin cũng như tất cả những điều trên.

In tên Phụ huynh / Người giám hộ, nếu khác với bệnh nhân: _____ Ngày: _____
Chữ ký của Bệnh nhân / Phụ huynh / Người giám hộ: _____

CHỈ DÙNG CHO NỘI BỘ

Initial Dose Manufacturer:		Booster Dose:	
Date:		Date:	
Lot #:	Exp:	Lot #:	Exp:
Site:	Route:	Site:	Route:
Vaccine Administrator:		Vaccine Administrator:	
Nurse's Comments:		Nurse's Comments:	