

# Mẫu đơn Đồng ý Tiếp nhận Vắc-xin COVID

Phiên bản 3 Mẫu 1 / 2 cần hoàn thành



## Thông tin Phòng khám

|               |                |            |             |
|---------------|----------------|------------|-------------|
| ID Phòng khám | Tên Phòng khám | Điện thoại | Số Cửa hàng |
| Địa chỉ       | Thành phố      | Tiểu bang  | Zip         |

## Thông tin Bệnh nhân

|   |                       |                |           |
|---|-----------------------|----------------|-----------|
| Họ  | Tên                   | Ngày sinh      | Giới tính |
| Địa chỉ                                       | Thành phố             | Tiểu bang      | Zip       |
| Tên Nhà cung cấp Dịch vụ Chăm sóc Chính (PCP) | Số Điện thoại của PCP | Số Fax của PCP |           |
| Địa chỉ của PCP                               | Thành phố             | Tiểu bang      | Zip       |

Quý vị là **cư dân**  của **cơ sở Chăm sóc Dài hạn** hay **nhân viên**  ?

Đây là liệu vắc-xin COVID-19 **đầu tiên**  hay **thứ hai**  của bệnh nhân?

**Thông tin Bảo hiểm:** (Đối với các phòng khám tại chỗ, vui lòng đảm bảo đã thu thập được bản sao (các) thẻ bảo hiểm của bệnh nhân)

### \* LÀ TRƯỜNG BẮT BUỘC

Bảo hiểm Thuốc kê toa:  Có  Không

\*Quý vị có phải là chủ thẻ chính không?

\*Nếu không phải, hãy cung cấp ngày sinh của chủ thẻ chính

\*Tên Chương trình Quyền lợi Thuốc kê toa      \*Số ID Chủ thẻ chính      \*ID Nhóm RX      \*BIN      \*PCN

### Các Trường Medicare:

Có  Không

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

\*Bệnh nhân có phải 65 tuổi trở lên không hoặc Đủ điều kiện nhận Medicare?

\*Số ID Medicare Phần A/B (MBI) **Lưu ý:** MBI là bắt buộc đối với tất cả bệnh nhân 65 tuổi và lớn tuổi hơn, hoặc đủ điều kiện nhận Medicare. Tham khảo thẻ Medicare Red, White và Blue của quý vị

### Bảo hiểm Y tế:

Có  Không

\*Nhà cung cấp Bảo hiểm Y tế

\*Số ID Chủ thẻ chính

\*ID Nhóm

\*ID Người thanh toán

\*Bệnh nhân có phải là chủ thẻ chính không?

\*Nếu không phải, hãy cung cấp ngày sinh của chủ thẻ chính

### \*Nếu không được bảo hiểm, quý vị phải đánh dấu vào ô bên dưới để chứng thực rằng thông tin sau là đúng và chính xác:

Tôi không có bất kỳ bảo hiểm nào, bao gồm nhưng không chỉ gồm Medicare, Medicaid hoặc bất kỳ chương trình quyền lợi sức khỏe tư nhân hoặc do chính phủ tài trợ nào khác.

Để được Chương trình COVID-19 dành cho Bệnh nhân Không có Bảo hiểm của Cơ quan Quản lý Tài nguyên & Dịch vụ Y tế Hoa Kỳ thanh toán phí quản lý vắc-xin, vui lòng cung cấp (a) Số An sinh Xã hội hợp lệ, (b) mã số định danh của tiểu bang và tiểu bang cấp, HOẶC (c) mã số bằng lái xe và tiểu bang cấp.

\*Số An sinh Xã hội

hoặc Mã số Định danh của Tiểu bang & Tiểu bang

hoặc Mã số Bằng lái xe & Tiểu bang

## Các Chống chỉ định Tiềm ẩn

|  | KHÔNG                 |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|  | CÓ                    | KHÔNG                 | BIẾT                  |
| 1. Hôm nay quý vị có bị ốm không?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Quý vị đã bao giờ tiêm một liều vắc-xin COVID-19 chưa?<br><b>Nếu có</b> , quý vị đã được tiêm sản phẩm vắc-xin nào? <input type="radio"/> Pfizer <input type="radio"/> Moderna <input type="radio"/> Sản phẩm khác: _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Trước đây quý vị đã từng bị phản ứng dị ứng nghiêm trọng (ví dụ: sốc phản vệ) chưa? <i>Ví dụ: một phản ứng mà quý vị đã được điều trị bằng epinephrine hoặc EpiPen®, hay quý vị phải đến bệnh viện?</i>                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Có phải phản ứng dị ứng nghiêm trọng xảy ra sau khi tiêm vắc-xin COVID-19 không?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Có phải phản ứng dị ứng nghiêm trọng sau xảy ra sau khi tiêm một loại vắc-xin khác hoặc thuốc tiêm không?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Phản ứng dị ứng nghiêm trọng có liên quan đến việc sử dụng Polyethylene Glycol hoặc các sản phẩm có chứa Polyethylene Glycol không?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Phản ứng dị ứng nghiêm trọng có liên quan đến việc sử dụng Polysorbate hoặc các sản phẩm có chứa Polysorbate không?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Họ Tên Ngày sinh

### Các Chướng chỉ định Tiêm ần tiếp theo

|   | KHÔNG                 |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|   | CÓ                    | KHÔNG                 | BIẾT                  |
| 4. Quý vị đã được tiêm bất kỳ loại vắc-xin nào trong 14 ngày qua chưa?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Quý vị có nhận được kháng thể đơn dòng hoặc huyết tương của người đã hồi phục như một phần của việc điều trị COVID-19 trong 90 ngày qua không? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### Các Cẩn nhắc Tiêm ăng

|  | KHÔNG                 |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|  | CÓ                    | KHÔNG                 | BIẾT                  |
| 6. Quý vị có bị rối loạn đông máu hay quý vị có đang dùng thuốc làm loãng máu không? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Đối với phụ nữ, quý vị có đang mang thai hoặc đang cho con bú không?              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**BẢN ĐỒNG Ý NHẬN DỊCH VỤ:** Tôi đã được cung cấp (các) Tờ Thông tin về Vắc-xin hoặc tờ thông tin về bệnh nhân tương ứng với (các) loại vắc-xin mà tôi đang được tiêm. Tôi đã đọc thông tin được cung cấp về loại vắc-xin mà tôi sẽ được tiêm. Tôi đã có cơ hội để đặt câu hỏi, và các câu hỏi của tôi đã được giải đáp thỏa đáng. Tôi hiểu những quyền lợi và rủi ro của việc tiêm vắc-xin và tôi tự nguyện chịu hoàn toàn trách nhiệm về bất kỳ phản ứng nào có thể xảy ra hay không. Tôi hiểu rằng tôi nên ở lại khu vực quản lý vắc-xin trong 15 phút sau khi tiêm vắc-xin để được theo dõi xem có bất kỳ phản ứng phụ nào có thể xảy ra hay không. Tôi hiểu rằng nếu tôi gặp các tác dụng phụ, tôi nên làm như sau: gọi điện cho nhà thuốc, liên hệ với bác sĩ, gọi 911. Tôi yêu cầu tiêm vắc-xin cho tôi hoặc cho người có tên ở trên mà tôi được ủy quyền đưa ra yêu cầu này. **Chỉ dành cho Tiểu bang Georgia:** Tôi xác minh rằng được sĩ đã hỏi tiền sử sức khỏe của tôi và hỏi liệu tôi đã khám sức khỏe trong vòng một năm qua hay chưa. Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đã không xác định (các) tình trạng đồng nghĩa với việc tôi không nên được tiêm (các) loại vắc-xin.

**ỦY QUYỀN YÊU CẦU THANH TOÁN:** Bằng văn bản này, tôi cho phép CVS Pharmacy® ("CVS®") tiết lộ thông tin và yêu cầu thanh toán. Tôi xác nhận rằng các thông tin do tôi cung cấp khi đăng ký thanh toán theo Medicare hoặc Medicaid, hoặc

Chương trình COVID-19 HRSA cho Bệnh nhân Không có Bảo hiểm, là chính xác. Tôi cho phép tiết lộ tất cả hồ sơ để thực hiện theo yêu cầu này. Tôi yêu cầu bên khác thay mặt tôi thực hiện thanh toán các quyền lợi được ủy quyền.

**TIẾT LỘ HỒ SƠ:** Tôi hiểu rằng CVS® có thể được yêu cầu hoặc có thể tự nguyện tiết lộ thông tin sức khỏe của tôi cho bác sĩ chịu trách nhiệm về quy trình này về thông tin sức khỏe cụ thể của những người được tiêm vắc-xin tại CVS (nếu có), Bác sĩ Chăm sóc Chính của tôi (nếu tôi có), chương trình bảo hiểm của tôi, hệ thống y tế và bệnh viện, và/hoặc các cơ quan đăng ký của tiểu bang hoặc liên bang, cho các mục đích điều trị, thanh toán hoặc các hoạt động chăm sóc sức khỏe khác (chẳng hạn như quản lý hoặc đảm bảo chất lượng). Tôi cũng hiểu rằng CVS sẽ sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe của tôi như được quy định trong Thông báo về Thực hành Quyền Riêng tư của CVS (bản sao có sẵn tại cửa hàng, trực tuyến hoặc bằng cách yêu cầu bản sao trên giấy từ nhà thuốc). **Chỉ dành cho Tiểu bang California:** Tôi đồng ý để CAIR chia sẻ dữ liệu về chủng ngừa của tôi với Nhà cung cấp Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe, các cơ quan hoặc trường học. **Phòng khám Vắc-xin:** Nếu tôi đang được tiêm vắc-xin thông qua một phòng khám vắc-xin, tôi hiểu rằng tên của tôi, ngày và giờ hẹn tiêm vắc-xin sẽ được cung cấp cho điều phối viên của phòng khám.

X

Chữ ký của bệnh nhân được tiêm vắc-xin (hoặc phụ huynh, người giám hộ, hoặc đại diện được ủy quyền) Ngày  
Nếu quý vị thay mặt bệnh nhân ký tên, quý vị cho biết rằng quý vị được phép thay mặt cho bệnh nhân đưa ra những sự đồng ý bắt buộc.

Tên của phụ huynh, người giám hộ hoặc người đại diện được ủy quyền Số Điện thoại Mỗi quan hệ

### Được điền bởi nhân viên tiêm chủng

#### Vaccine Administration Information for Immunizer/Pharmacist use only

| Administration Date | Vaccine   | VIS Date | Manufacturer<br><input type="radio"/> L <input type="radio"/> R | Volume (mL) |
|---------------------|-----------|----------|---|-------------|
| Lot #               | Exp. Date | Route    | Site  |             |

If patient's body temperature is 100.4° F or greater, inform them they should not receive the vaccine at this time.

#### Patient Temperature

Administering Immunizer Name & Title Administering Immunizer Signature

#### To be filled out by immunizer, as required for state immunization registry reporting. Only for states listed.

**MS:** Check all fields for patients 18 years of age and younger

**OK:** Check Race and Ethnicity for all patients. Select Next of Kin for patients 18 years of age and younger.

**Race:**  1 - American Indian or Alaska Native  2 - Asian  3 - Native Hawaiian/Other Pacific Islander  
 4 - Black or African American  5 - White  6 - Other Race

**Ethnicity:**  1 - Hispanic  2 - Not Hispanic or Latino  3 - Unknown

#### Next of Kin (18 or younger)

Name Phone Number Relationship

Address

#### State of NJ only

Prescriber Name Prescriber Address

**For CA, MA, MT, NJ, NM, NY, TX** (For CA, this indicator means the registry will not share with Universities, Schools or other agencies) **Registry Sharing Indicator:**  Yes  No