

Tài Liệu Vắc-xin Phòng Y Tế Quận Sedgwick / Mẫu Đồng Thuận

Tôi đã được cung cấp một bản sao (các) Tuyên Bố Thông Tin Vắc-xin (VIS) được đánh dấu dưới đây. Tôi đã đọc, nhờ người giải thích cho tôi, và hiểu các thông tin trong (các) VIS.

Tôi yêu cầu rằng (các) vắc-xin đó được đánh dấu dưới đây được trao cho tôi hoặc người có tên dưới đây mà tôi được ủy quyền để đưa ra yêu cầu này. Tôi đồng ý với việc bao gồm dữ liệu miễn dịch này tại Cơ Quan Đăng Ký Miễn Dịch Kansas cho bản thân tôi hoặc thay mặt cho người có tên dưới đây.

GHI NHẬN “THÔNG BÁO” VỀ THỰC HÀNH BẢO MẬT:

Tôi ghi nhận rằng đã được cung cấp một bản sao của “Thông Báo” về Thực Hành Bảo Mật của Quận Sedgwick với ngày có hiệu lực từ 1 tháng 7 năm 2013.

ỦY QUYỀN BẢO HIỂM VÀ CÔNG BỐ THÔNG TIN

Tôi yêu cầu việc thanh toán các Phúc Lợi Y Tế được ủy quyền lập hóa đơn cho bảo hiểm (bao gồm Medicare, Medicaid và KanCare) được lập thay mặt tôi đến Phòng Y Tế của Quận Sedgwick cho bất kỳ dịch vụ nào do cơ sở đó cung cấp cho tôi. Tôi ủy quyền cho bất cứ người giữ thông tin y tế nào về tôi để cung cấp cho Trung Tâm Dịch Vụ Medicare và Medicaid (CMS) và các đại lý của họ bất kỳ thông tin nào cần thiết để xác định những phúc lợi này phải trả cho các dịch vụ liên quan. Phòng Y Tế của Quận Sedgwick gửi hồ sơ bảo hiểm như là một cử chỉ lịch sự. Điều này bao gồm thông báo trước cho quý vị, người thụ hưởng, rằng nếu tất cả các yêu cầu của chương trình được đáp ứng bởi nhà cung cấp nhưng khoản thanh toán không được chi trả bởi Medicaid và / hoặc phạm vi bảo hiểm nào khác, quý vị có thể phải chịu các khoản phí.

<input type="checkbox"/>	Dtap	<input type="checkbox"/>	Hep A	<input type="checkbox"/>	MMR	<input type="checkbox"/>	Rotavirus	<input type="checkbox"/>	Globulin miễn nhiễm	<input type="checkbox"/>	Khác _____
<input type="checkbox"/>	Tdap	<input type="checkbox"/>	Hep B	<input type="checkbox"/>	Meningococcal	<input type="checkbox"/>	Zona	<input type="checkbox"/>	Dại	<input type="checkbox"/>	Khác _____
<input type="checkbox"/>	TD	<input type="checkbox"/>	Hib	<input type="checkbox"/>	Viêm phổi	<input type="checkbox"/>	Thủy đậu	<input type="checkbox"/>	Thương hàn	<input type="checkbox"/>	Khác _____
<input type="checkbox"/>	DT	<input type="checkbox"/>	HPV	<input type="checkbox"/>	Bại liệt	<input type="checkbox"/>	Cúm	<input type="checkbox"/>	Sốt vàng	<input type="checkbox"/>	Khác _____

Chữ Ký của Bệnh nhân hoặc Phụ Huynh/Giám Hộ _____ **Ngày** _____

Họ tên viết in của Bệnh nhân hoặc Phụ Huynh/Giám Hộ _____ **Ngày sinh phụ huynh** _____

Mối quan hệ với Bệnh nhân _____

ỦY QUYỀN LIÊN LẠC - Vui lòng đánh dấu tất cả những mục áp dụng

Thông tin này có thể được sử dụng để liên hệ với tôi về các lời nhắc về cuộc hẹn hoặc tiêm chủng cho chính tôi hoặc những người mà tôi là phụ huynh hoặc người giám hộ. _____

Điện thoại
 Tin nhắn
 Thư
 Email (vui lòng cung cấp địa chỉ email) _____

Thông Tin Bệnh Nhân				
Họ	Tên	Số điện thoại	Tuổi	Ngày sinh
Địa chỉ		Thành phố	Bang	Mã zip
	Gốc Tây Ban Nha hoặc La-tinh Có _____ Không _____	Chủng tộc <input type="checkbox"/> Châu Á <input type="checkbox"/> Mỹ da đen hoặc gốc Phi <input type="checkbox"/> Cáp-ca/Mexico/Puerto Rico <input type="checkbox"/> Mỹ bản xứ/Bản xứ Alaska <input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/> Hawai bản xứ/Đảo Thái Bình Dương		
Bác Sĩ Chăm Sóc Ban đầu	Giới tính Nam _____ Nữ _____			
Bản Câu Hỏi Sàng Lọc Miễn Dịch				
1. Người được tiêm chủng có đang bị ốm hay bị sốt cao?			_____ Có	_____ Không
2. Người được tiêm chủng đã từng có phản ứng nghiêm trọng với vắc-xin trong quá khứ?			_____ Có	_____ Không
3. Người được tiêm chủng có bị dị ứng nào gây ra phản ứng nghiêm trọng (phản vệ)?			_____ Có	_____ Không
4. Người được tiêm chủng có từng bị lên cơn hay các vấn đề thần kinh khác?			_____ Có	_____ Không
5. Người được tiêm chủng có bất kỳ vấn đề y tế nào gây khó khăn cho họ trong việc chống nhiễm trùng?			_____ Có	_____ Không
6. Người được tiêm chủng có tiếp xúc gần gũi và thường xuyên với người có hệ miễn dịch suy yếu?			_____ Có	_____ Không
7. Người đó có đang dùng cortisone, prednisone, các steroid khác, hoặc thuốc chống ung thư, hoặc đã điều trị bằng tia X?			_____ Có	_____ Không
8. Người được tiêm chủng đã được truyền máu, huyết thanh hoặc globulin miễn dịch trong mười hai tháng qua?			_____ Có	_____ Không
9. Người được tiêm chủng đang mang thai hoặc đang nghĩ đến việc mang thai trong vòng ba tháng tới?			_____ Có	_____ Không
10. Quý vị bắt đầu chu kỳ kinh nguyệt gần nhất vào ngày nào?		Ngày: _____ Không có		
11. Quý vị có hút thuốc không? Nếu có, quý vị có kế hoạch bỏ thuốc trong vòng 30 ngày tiếp theo không?			_____ Có	_____ Không
Tính đủ điều kiện của Bệnh nhân				
_____ T19 _____ Không bảo hiểm y tế _____ Mỹ bản xứ/Bản xứ Alaska _____ T21 Bảo hiểm đầy đủ				
_____ Bảo hiểm dưới mức (Bảo hiểm không đài thọ dịch vụ miễn dịch)				
_____ Phục vụ dưới mức (Bảo hiểm đồng trả hoặc khấu trừ đủ cao để tạo ra rào cản với dịch vụ miễn dịch)				