

استمارة الموافقة على اللقاح التابع لوزارة الصحة في مقاطعة سيدجويك
بناءً على سجلات اللقاح المتاحة لمرمضة المدرسة ووزارة الصحة

معلومات الطالب

الاسم الأخير	الاسم الأول	تاريخ الميلاد	العمر	الهاتف
عنوان الشارع		المدينة	الولاية	الرمز البريدي
النوع	ذكر/ أنثى	إسباني أو لاتيني	نعم/ لا	المدرسة
السلالة	أسويي / أسود/ أفريقي - أمريكي	قوقازي	من سكان أمريكا الأصليين/ من سكان الاسكا الأصليين	من سكان هاواي الأصليين/ من سكان جزر المحيط الهادئ
الإذن بالاتصال: يرجى التوقيع بالأحرف الأولى من اسمك وتحديد كل ما ينطبق: الأحرف الأولى يجوز استخدام هذه المعلومات للاتصال بي بخصوص التنكير بالمواعيد واللقاح.				
<input type="checkbox"/> هاتف <input type="checkbox"/> رسالة نصية <input type="checkbox"/> بريد <input type="checkbox"/> بريد إلكتروني (يرجى إدراج عنوان بريد إلكتروني) _____				
هل الطالب لديه تأمين صحي؟				
نعم لا				
شركة التأمين رقم وثيقة التأمين اسم حامل الوثيقة				

استبيان الفحص

1.	هل الطالب مريض حاليًا أو يعاني من حمى؟	نعم	لا
2.	هل أصيب الطالب برد فعل شديد تجاه لقاح ما في الماضي؟	نعم	لا
3.	هل يعاني الطالب من أي حساسية شديدة معروفة تجاه الأدوية أو الأطعمة أو اللاتكس أو أحد مكونات اللقاح؟	نعم	لا
3a.	إذا كانت الإجابة على ما سبق بنعم، يُرجى ذكر أنواع الحساسية وردود الفعل:		
4.	هل تلقى الطالب أي لقاحات خلال الأسابيع الأربعة الأخيرة؟	نعم	لا
5.	هل عانى الطالب أو أحد أشقائه أو أحد والديه من نوبة صرع؛ هل عانى الطفل من مشاكل في المخ أو أي مشاكل أخرى في الجهاز العصبي؟	نعم	لا
6.	هل يعاني الطالب من مشكلة صحية طويلة الأمد في القلب أو الرئتين (بما في ذلك الربو) أو الكلى أو الكبد أو الجهاز العصبي أو أمراض التمثيل الغذائي (مثل السكري) أو اضطراب في الدم أو عدم وجود طحال أو زرع قوقعة أو تسرب السائل النخاعي في العمود الفقري؟ هل يتناولون الأسبرين أو أدوية الساليسيلات بانتظام؟	نعم	لا
7.	هل يعاني الطالب من مشكلة في الجهاز المناعي مثل السرطان وسرطان الدم وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز؟	نعم	لا
8.	هل يعاني أحد والدي الطالب أو أي من أشقائه من مشكلة في الجهاز المناعي؟	نعم	لا
9.	خلال الأشهر الستة الماضية، هل تناول الطالب أدوية تؤثر على الجهاز المناعي مثل الستيرويدات الأخرى أو الأدوية المضادة للسرطان أو أدوية لعلاج التهاب المفاصل الروماتويدي أو مرض كرون أو الصدفية أو تناول علاجات إشعاعية؟	نعم	لا
10.	هل تلقى الطفل الغلوبولين المناعي (غاما) أو منتجات الدم/الدواء أو دواء مضاد للفيروسات خلال الاثني عشر شهرًا الماضية؟	نعم	لا
11.	هل الطالبة حامل؟	نعم	لا
12.	متى كان اليوم الأول من آخر دورة شهرية للطالبة؟ التاريخ: _____ لا ينطبق		
13.	هل سبق أن أعطي على الطالب أو أصيب بدوار بعد تلقي اللقاح؟	نعم	لا

أعطي الإذن للطالب المذكور أعلاه لتلقي اللقاحات التالية التي لم يتلقاها بالفعل. حدد الخانة المناسبة ووقع بالأحرف الأولى من اسمك.

نعم/ الأحرف الأولى: جميع اللقاحات التي تطلبها وتوصي بها مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها لعمر طفلي ومستوى صفه.

نعم/ الأحرف الأولى: جميع اللقاحات المطلوبة لعمر الطالب ومستوى صفه.

إقرار بإشعار بممارسات الخصوصية:

نعم/الأحرف الأولى: أقر بأنه تم إتاحة نسخة من إشعار مقاطعة سيدجويك لممارسات الخصوصية بتاريخ سبتمبر 2022 لي قبل التوقيع على نموذج الموافقة هذا. يعطي توقيعي أدناه الإذن لطفلي لتلقي اللقاح في المدرسة ويأذن بالتبادل الإلكتروني للمعلومات إلى سجل التحصينات في ولاية كنساس. وأصرح أيضًا بالتبادل المشترك لسجلات اللقاحات الخاصة بطفلي بين ممرضة المدرسة ووزارة الصحة في سيدجويك.

التصريح بالتأمين وإصدار المعلومات

نعم/الأحرف الأولى: طالب بدفع الاستحقاقات الطبية المصرح بها للتأمين (بما في ذلك Medicare و Medicaid و KanCare) نيابةً عن الطالب إلى وزارة الصحة في مقاطعة سيدجويك مقابل أي خدمات تم تقديمها إلى الطالب من قبل ذلك الكيان. أصرح لأي شخص يحتفظ بالمعلومات الطبية الخاصة بالطالب بالإفصاح بأي معلومات لازمة لتحديد الاستحقاقات الطبية مستحقة الدفع للخدمات ذات الصلة إلى مراكز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) ووكلائها. أتفهم وأقر بأن وزارة الصحة في مقاطعة سيدجويك تقدم التأمين على سبيل المجاملة. أتفهم وأقر أيضًا بأنه إذا تم تحقيق جميع متطلبات البرنامج من قبل مقدم الخدمة ولكن لم يتم الدفع من Medicaid و/ أو أي تغطية تأمين أخرى، فإنني بصفتي الوالد/ الوصي على الطالب قد أكون مسؤولاً عن الرسوم.

التاريخ

توقيع الوالد/ الوصي

تاريخ ميلاد الوالد

الاسم المطبوع للوالد/ الوصي

Staff use only below this line:

Patient Eligibility (circle one): Native American/Alaskan Native Privately Insured T19 T21 Underinsured Uninsured

Vaccinations Administered (circle all that apply): DTaP Hepatitis A Hepatitis B HIB HPV Meningitis ACWY Meningitis B MMR PCV Polio TDaP TD Varicella COVID-19 Influenza Pediarix Pentacel Vaxelis Quadracel Proquad

Revised 04/2024 Arabic

THIS PAGE FOR STAFF USE ONLY

VACCINE/LOT#/EXP DATE	EXT	SITE	ROUTE
	<input type="checkbox"/> RIGHT <input type="checkbox"/> LEFT	<input type="checkbox"/> DELTOID <input type="checkbox"/> VASTUS LATERALIS <input type="checkbox"/> UPPER ARM <input type="checkbox"/> THIGH	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SQ
	<input type="checkbox"/> RIGHT <input type="checkbox"/> LEFT	<input type="checkbox"/> DELTOID <input type="checkbox"/> VASTUS LATERALIS <input type="checkbox"/> UPPER ARM <input type="checkbox"/> THIGH	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SQ
	<input type="checkbox"/> RIGHT <input type="checkbox"/> LEFT	<input type="checkbox"/> DELTOID <input type="checkbox"/> VASTUS LATERALIS <input type="checkbox"/> UPPER ARM <input type="checkbox"/> THIGH	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SQ
	<input type="checkbox"/> RIGHT <input type="checkbox"/> LEFT	<input type="checkbox"/> DELTOID <input type="checkbox"/> VASTUS LATERALIS <input type="checkbox"/> UPPER ARM <input type="checkbox"/> THIGH	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SQ
	<input type="checkbox"/> RIGHT <input type="checkbox"/> LEFT	<input type="checkbox"/> DELTOID <input type="checkbox"/> VASTUS LATERALIS <input type="checkbox"/> UPPER ARM <input type="checkbox"/> THIGH	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SQ
	<input type="checkbox"/> RIGHT <input type="checkbox"/> LEFT	<input type="checkbox"/> DELTOID <input type="checkbox"/> VASTUS LATERALIS <input type="checkbox"/> UPPER ARM <input type="checkbox"/> THIGH	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SQ
	<input type="checkbox"/> RIGHT <input type="checkbox"/> LEFT	<input type="checkbox"/> DELTOID <input type="checkbox"/> VASTUS LATERALIS <input type="checkbox"/> UPPER ARM <input type="checkbox"/> THIGH	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SQ
	<input type="checkbox"/> RIGHT <input type="checkbox"/> LEFT	<input type="checkbox"/> DELTOID <input type="checkbox"/> VASTUS LATERALIS <input type="checkbox"/> UPPER ARM <input type="checkbox"/> THIGH	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SQ
	<input type="checkbox"/> RIGHT <input type="checkbox"/> LEFT	<input type="checkbox"/> DELTOID <input type="checkbox"/> VASTUS LATERALIS <input type="checkbox"/> UPPER ARM <input type="checkbox"/> THIGH	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SQ

SIGNATURE AND TITLE OF VACCINE ADMINISTRATOR:

DATE:

TIME: