

# 塞奇威克县卫生部疫苗接种同意书

根据学校护士和卫生部获得的疫苗记录

## 学生信息

姓	名	出生日期	年龄	电话
街道地址		城市	州	邮编
性别 男____女____	是否为西班牙裔或拉丁裔 是____否____	学校		
种族 亚洲人 黑人/非洲裔美国人 白人 美洲原住民/阿拉斯加原住民 夏威夷原住民/太平洋岛民 其他				
<b>联系方式授权:</b> 请在以下选项上签上姓名的首字母并勾选所有适用项: <b>签字</b> _____ 可使用此信息与我联系, 以安排预约或发送疫苗提醒。 <input type="checkbox"/> 电话 <input type="checkbox"/> 短信 <input type="checkbox"/> 邮件 <input type="checkbox"/> 电子邮件 (请提供电子邮件地址) _____				
学生是否拥有医疗保险? 是 否 保险公司 _____ 保单号码 _____ 保单持有人姓名 _____				

## 筛查问卷

1. 学生目前是否生病或发烧?	是	否
2. 学生是否过去对疫苗有严重反应?	是	否
3. 学生是否对药物、食物、乳胶或疫苗成分有任何已知严重过敏反应?	是	否
3a. 如果答案是肯定的, 请列出过敏原及反应:		
4. 学生是否在过去 4 周内接种过任何疫苗?	是	否
5. 学生、兄弟姐妹或父母是否有癫痫发作, 孩子是否有脑部或其它神经系统问题?	是	否
6. 学生的心脏、肺部(包括哮喘)、肾脏、肝脏、神经系统是否有长期健康问题, 或者是否有代谢疾病(如糖尿病等)、血液疾病、脾功能丧失、人工耳蜗或脊髓液泄漏等? 是否定期服用阿司匹林或水杨酸盐类药物?	是	否
7. 学生是否有免疫系统问题, 如癌症、白血病、艾滋病?	是	否
8. 学生的父母或兄弟姐妹是否有免疫系统问题?	是	否
9. 在过去 6 个月里, 学生是否服用影响免疫系统的药物, 如强的松、其它类固醇或抗癌药物; 用于治疗类风湿性关节炎、克罗恩病或牛皮癣的药物; 或接受过放射治疗?	是	否
10. 在过去 12 个月里, 学生是否接受过免疫( $\gamma$ )球蛋白、血液/血液制品或抗病毒药物?	是	否
11. 学生是否怀孕?	是	否
12. 学生上次月经周期的第一天是什么时候? 日期: _____	不适用	
13. 学生在接种疫苗后是否曾经晕倒或感到头晕?	是	否

我允许上面提到的学生接受以下疫苗接种。请勾选相应的方框并签字。

是/签字: \_\_\_\_\_ 所有适合我孩子年龄和年级的必要疫苗以及疾病控制中心推荐的疫苗。

是/签字: \_\_\_\_\_ 所有适合我孩子年龄和年级的必要疫苗。

### 隐私条例通知的确认:

是/签字: \_\_\_\_\_ 我确认在签署这份同意书之前, 我已经收到了 2022 年 9 月份的塞奇威克县隐私条例通知的副本。我签字即许可

我的孩子在学校接种疫苗, 并授权向堪萨斯州免疫登记处进行电子信息交换。我亦授权学校护士和塞奇威克县卫生部之间相互交换我孩子的疫苗接种记录。

### 保险授权和信息发布:

是/签字: \_\_\_\_\_ 我谨代表学生请求将向保险机构(包括医疗保险、医疗补助和堪卡护理(KanCare))计费的授权医疗福利费用支付给塞奇威克县卫生部, 以偿付该单位向学生提供的任何服务费用。我授权任何持有学生医疗信息的人员向医疗保险和医疗补助服务中心(CMS)及其代理提供任何确定相关服务可支付的所需信息。我理解并承认, 塞奇威克县卫生局出于礼貌申请保险。我进一步理解并确认, 如果服务提供者满足所有计划要求, 但医疗补助和/或任何其它保险支付未结算, 我作为学生的家长/监护人可能需要承担这些费用。

家长/监护人签字 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

家长/监护人打印姓名 \_\_\_\_\_ 家长生日 \_\_\_\_\_

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 Varicella COVID-19 Influenza Pediarix Pentacel Vaxelis Quadracel Proquad

# 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: