

فرم رضایت واکسیناسیون اداره سلامت شهرستان Sedgwick (سجویک)

بر اساس سوابق واکسیناسیون موجود در اختیار پرستار مدرسه و اداره سلامت

اطلاعات دانش آموز

نام خانوادگی	نام	تاریخ تولد	سن	تلفن
نشانی خیابان	شهر	ایالت	کدپستی	
جنسیت	مرد / زن	هیسپانیک یا لاتین تبار	بله / خیر	مدرسه
نژاد	آسیایی / آمریکایی آفریقایی/سیاهپوست	قفقازی	بومی آلاسکا/بومی آمریکایی	بومی هاوایی/جزیره نشین بومی
سایر موارد				
مجوز تماس: لطفاً تمام مواردی را که صدق می کند علامت بزنید و حروف اول نام خود را بنویسید: حرف اول این اطلاعات ممکن است برای تماس با من در مورد قرار ملاقات ها یا یادآوری واکسیناسیون استفاده شود. <input type="checkbox"/> تلفن <input type="checkbox"/> پیام متنی <input type="checkbox"/> پست <input type="checkbox"/> ایمیل (لطفاً نشانی ایمیل را وارد کنید)				
آیا دانش آموز دارای بیمه سلامت است؟ بله / خیر شماره بیمه نامه- نام دارنده بیمه نامه				

پرسشنامه غربالگری

خیر	بله	1. آیا دانش آموز در حال حاضر بیمار است یا تب دارد؟
خیر	بله	2. آیا دانش آموز در گذشته واکنش شدیدی نسبت به واکسن خاصی داشته است؟
خیر	بله	3. آیا دانش آموز حساسیت شدید شناخته شده ای به داروها، غذاها، لاتکس یا یک جزء واکسن دارد؟ 3a. اگر پاسخ مثبت است، لطفاً حساسیت ها و واکنش ها را فهرست کنید:
خیر	بله	4. آیا دانش آموز در 4 هفته گذشته واکنشی دریافت کرده است؟
خیر	بله	5. آیا دانش آموز، خواهر یا برادر او یا یکی از والدینش تشنج داشته اند؛ آیا کودک مشکلات مغزی یا سیستم عصبی دیگری داشته است؟
خیر	بله	6. آیا دانش آموز مشکل سلامتی طولانی مدتی در قلب، ریه ها (از جمله آسم)، کلیه ها، کبد، سیستم عصبی یا بیماری متابولیک (مثلاً دیابت)، اختلال خونی، نداشتن طحال، کاشت حلزون یا ستون فقرات دارد. نشت مایع داشته است؟ آیا به طور منظم آسپرین یا داروی سالیسیلات مصرف می کند؟
خیر	بله	7. آیا دانش آموز مشکل سیستم ایمنی مانند سرطان، سرطان خون، HIV/AIDS دارد؟
خیر	بله	8. آیا والدین یا خواهر و برادر دانش آموز مشکل سیستم ایمنی دارند؟
خیر	بله	9. در 6 ماه گذشته، آیا دانش آموز داروهایی مصرف کرده است که بر سیستم ایمنی تأثیر می گذارند مانند پردنیزون، سایر استروئیدها یا داروهای ضد سرطان؛ داروهایی برای درمان آرتریت روماتوئید، بیماری کرون یا پسونریزیس؛ یا پرتودرمانی؟
خیر	بله	10. در 12 ماه گذشته، آیا کودک گلوبولین ایمنی (گاما)، خون/فرآورده های خونی یا داروی ضد ویروسی دریافت کرده است؟
خیر	بله	11. آیا دانش آموز باردار است؟
شامل نمی شود		12. اولین روز آخرین سیکل قاعدگی دانش آموز چه روزی بوده است؟ تاریخ: _____
خیر	بله	13. آیا دانش آموز تا به حال پس از دریافت واکسن از حال رفته یا دچار سرگیجه شده است؟

من به دانش آموز فوق اجازه می دهم واکسن های زیر را دریافت کند. **کادر مورد نظر را علامت بزنید و حروف اول اسم را وارد کنید.**
 بله/حرف اول اسم: _____ تمام واکسن های مورد نیاز برای سن دانش آموز من و پایه تحصیلی و واکسن هایی که توسط مراکز کنترل بیماری تجویز شده است.

بله/حرف اول اسم: _____ همه واکسن های مورد نیاز برای سن دانش آموز من و پایه تحصیلی.

قدرانی از اطلاعیه اقدامات حفظ حریم خصوصی:

بله/حرف اول اسم: تصدیق می کنم که یک نسخه از «اعلامیه اقدامات حریم خصوصی شهرستان» Sedgwick مورخ سپتامبر 2022 قبل از امضای این فرم رضایت در دسترس من قرار گرفته است. امضای من در زیر این اجازه را می دهد که فرزندم در مدرسه واکسینه شود و اجازه تبادل الکترونیکی اطلاعات را به «ثبت واکسیناسیون کانزاس» می دهد. من همچنین اجازه تبادل متقابل سوابق واکسیناسیون فرزندم را بین پرستار مدرسه و اداره سلامت شهرستان Sedgwick می دهم.

مجوز بیمه و انتشار اطلاعات

بله/حرف اول اسم: من درخواست می کنم که برای هرگونه خدماتی که توسط آن نهاد به دانش آموز ارائه می شود، هزینه های پزشکی مجاز که به بیمه پرداخت می شود (شامل Medicare، Medicaid و KanCare) از طرف دانش آموز به اداره بهداشت شهرستان Sedgwick پرداخت شود. من به هر دارنده اطلاعات پزشکی دانش آموز اجازه می دهم اطلاعات مورد نیاز جهت تعیین این مزایای قابل پرداخت برای خدمات مرتبط را در اختیار مراکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) و نمایندگان آن قرار دهد. من می دانم و تصدیق می کنم که اداره بهداشت شهرستان Sedgwick بیمه نامه را به عنوان حسن نیت ارائه می کند. من همچنین می دانم و تصدیق می کنم که اگر همه الزامات برنامه توسط ارائه دهنده برآورده شود، اما پرداخت توسط Medicaid و/یا هر پوشش بیمه دیگری انجام نشود، من، به عنوان والد/قیم دانش آموز، ممکن است مسئول هزینه ها باشم.

تاریخ

امضای والد/قیم _____

تاریخ تولد ولی _____

نام والد/قیم با حروف درشت _____

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 Influenze Pediarix Pentacel Vaxelis Quadracel Proquad

Revised 04/2024 Farsi

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:
--	--------------	--------------