

**ແບບຟອມຍືນຍອມຮັບວັກຊີນ ພະແນກສາທາລະນະສຸກ ເຂດປົກຄອງ Sedgwick**

ອີງຕາມບັກທີກການຮັບວັກຊີນ ທີ່ມີໃຫ້ພະຍາບານໂຮງຮຽນ ແລະ ພະແນກສາທາລະນະສຸກ

**ຂໍ້ມູນນັກຮຽນ**

ນາມສະກຸນ	ຊື່	ວັນເດືອນປີເກີດ	ອາຍຸ	ໂທລະສັບ
ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ	ເມືອງ		ລັດ	Zip
ເລດ ຊ _____ ຍ _____	ຄົນເຊື້ອສາຍສະເລນ ຫຼື ລາຕິນ ແມ່ນ _____ ບໍ່ແມ່ນ _____	ໂຮງຮຽນ		
ເຊື້ອຊາດ ເອເຊຍ ອື່ນໆ	ຄົນຜິວຂາວ ຄົນຜິວດຳ/ອາເມຣິກາເຊື້ອສາຍອາຟຣິກາ	ອາເມຣິກາພື້ນເມືອງ/ອາລາສກາພື້ນເມືອງ	ຮາວາຍພື້ນເມືອງ/ຊາວເກາະປາຊີຟິກ	
<b>ການອະນຸຍາດໃຫ້ຕິດຕໍ່:</b> ກະຊວງຂອງຕົວອັກສອນຫຍໍ້ ແລະ ໝາຍທຸກຂໍ້ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ: <b>ຕົວອັກສອນຫຍໍ້</b> _____ ຂໍ້ມູນນີ້ອາດຈະຖືກໃຊ້ໃນການຕິດຕໍ່ຂ້າພະເຈົ້າ ກ່ຽວກັບການນັດໝາຍ ຫຼື ການແຈ້ງເຕືອນກ່ຽວກັບການຮັບວັກຊີນ. <input type="checkbox"/> ໂທລະສັບ <input type="checkbox"/> ຂໍ້ຄວາມ <input type="checkbox"/> ໄປສະນີ <input type="checkbox"/> ອີເມວ (ກະລຸນາລະບຸທີ່ຢູ່ອີເມວ) _____				
<b>ນັກຮຽນມີປະກັນສຸຂະພາບບໍ່?</b> <span style="margin-left: 100px;">ມີ</span> <span style="margin-left: 100px;">ບໍ່ມີ</span> ບໍລິສັດປະກັນໄພ _____ ເລກທີກົມມະທັນ _____ ຜູ້ຖືກົມມະທັນ _____				

**ແບບສອບຖາມຄັດກອງ**

1. ໃນປັດຈຸບັນນັກຮຽນບໍ່ສະບາຍ ຫຼື ມີໄຂ້ບໍ?	ແມ່ນ	ບໍ່ແມ່ນ
2. ນັກຮຽນມີປະຕິກິລິຍາຢ່າງຮຸນແຮງຕໍ່ວັກຊີນໃນອະດີດບໍ?	ແມ່ນ	ບໍ່ແມ່ນ
3. ນັກຮຽນມີອາການແຜ່ຢາ, ອາຫານ, ຢາງ ຫຼື ສ່ວນປະສົມຂອງວັກຊີນບໍ?	ແມ່ນ	ບໍ່ແມ່ນ
3a. ຖ້າແມ່ນ, ກະລຸນາລະບຸອາການແຜ່ ແລະ ປະຕິກິລິຍາ:		
4. ນັກຮຽນໄດ້ຮັບວັກຊີນໃດໜຶ່ງພາຍໃນ 4 ອາທິດທີ່ຜ່ານມາບໍ?	ແມ່ນ	ບໍ່ແມ່ນ
5. ນັກຮຽນ, ອ້າຍເອື້ອຍນ້ອງ ຫຼື ພໍ່ແມ່ມີອາການຊັກ; ມີລູກທີ່ມີບັນຫາທາງດ້ານສະໝອງ ຫຼື ລະບົບເສັ້ນປະສາດບໍ?	ແມ່ນ	ບໍ່ແມ່ນ
6. ນັກຮຽນມີບັນຫາທາງສຸຂະພາບໄລຍະຍາວກັບຫົວໃຈ, ປອດ (ລວມທັງພະຍາດຫຼັດ), ໝາກໄຂ່ຫຼັງ, ຕັບ, ລະບົບເສັ້ນປະສາດ ຫຼື ພະຍາດທີ່ເກີດຈາກການເຜົາຜານ (ຕົວຢ່າງ: ເບົາຫວານ), ເລືອດຜິດປົກກະຕິ, ບໍ່ມີນ້ຳມ, ການຜັງຫຼຸດລົງ ຫຼື ມີນ້ຳໄຂສັນຫຼັງໃຫຼ່ບໍ? ເຂົ້າເຈົ້າກິນຢາ aspirin ຫຼື salicylate ບັນປົກກະຕິບໍ?	ແມ່ນ	ບໍ່ແມ່ນ
7. ນັກຮຽນມີບັນຫາລະບົບພູມຄຸ້ມກັນເຊັ່ນ: ມະເຮັງ, ມະເຮັງເມັດເລືອດຂາວ, HIV/AIDS ບໍ?	ແມ່ນ	ບໍ່ແມ່ນ
8. ພໍ່ແມ່ຂອງນັກຮຽນ ຫຼື ອ້າຍເອື້ອຍນ້ອງມີບັນຫາດ້ານລະບົບພູມຄຸ້ມກັນບໍ?	ແມ່ນ	ບໍ່ແມ່ນ
9. ໃນ 6 ເດືອນທີ່ຜ່ານມາ, ນັກຮຽນໄດ້ກິນຢາ ທີ່ມີຜົນກະທົບຕໍ່ລະບົບພູມຄຸ້ມກັນເຊັ່ນ: prednisone, ສານສະເຕຣອຍ ຫຼື ຢາຕ້ານມະເຮັງ; ຢາປັບປັດໄລກບອດຂໍ້ rheumatoid, ພະຍາດ Crohn ຫຼື ສະເກັດເງິນ; ຫຼື ມີການປັບປັດດ້ວຍວິທີອື່ນບໍ?	ແມ່ນ	ບໍ່ແມ່ນ
10. ໃນ 12 ເດືອນທີ່ຜ່ານມາ, ເດັກໄດ້ຮັບ immune (gamma) globulin, ເລືອດ/ຜະລິດຕະພັນທີ່ເຮັດຈາກເລືອດ ຫຼື ຢາຕ້ານເຊື້ອບໍ?	ແມ່ນ	ບໍ່ແມ່ນ
11. ນັກຮຽນຖືພາບໍ?	ແມ່ນ	ບໍ່ແມ່ນ
12. ມີທຳອິດຂອງຮອບປະຈຳເດືອນຂອງນັກຮຽນແມ່ນມີໃດ? ວັນທີ: _____	ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງ	
13. ນັກຮຽນເຄີຍເປັນລົມ ຫຼື ມີອາການອື່ນໆທີ່ໄດ້ຮັບວັກຊີນບໍ?	ມີ	ບໍ່ແມ່ນ

**ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ນັກຮຽນຂ້າງເທິງຮັບວັກຊີນຕໍ່ໄປນີ້. ໝາຍທ້ອງທີ່ເໝາະສົມ ແລະ ຂຽນຕົວອັກສອນຫຍໍ້.**

- ແມ່ນ/ຕົວອັກສອນຫຍໍ້: \_\_\_\_\_ ວັກຊີນທັງໝົດທີ່ຈຳເປັນສຳລັບອາຍຸ ແລະ ຊັ້ນຮຽນຂອງນັກຮຽນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ວັກຊີນທີ່ແນະນຳໂດຍ ສູນຄວບຄຸມພະຍາດ (Centers for Disease Control).
- ແມ່ນ/ຕົວອັກສອນຫຍໍ້: \_\_\_\_\_ ວັກຊີນທັງໝົດທີ່ຈຳເປັນສຳລັບອາຍຸ ແລະ ຊັ້ນຮຽນຂອງນັກຮຽນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

**ການຮັບຮູ້ແຈ້ງການວ່າດ້ວຍຫຼັກການປະຕິບັດເລື່ອງຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ:**

**ແມ່ນ/ຕົວອັກສອນຫຍໍ້:** \_\_\_\_\_ ຂ້າພະເຈົ້າຮັບຮູ້ວ່າ ໄດ້ມີການສະໜອງສຳເນົາຫຼັກການປະຕິບັດເລື່ອງຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງເຂດປົກຄອງ Sedgwick ສະບັບເດືອນກັນຍາ 2013 ໃຫ້ແກ່ຂ້າພະເຈົ້າແລ້ວ ກ່ອນທີ່ ຂ້າພະເຈົ້າຈະເຊັນແບບຟອມຍືນຍອມຮັບນີ້. ວາຍເຊັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າລຸ່ມນີ້ອະນຸຍາດໃຫ້ລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າຮັບວັກຊີນຢູ່ໂຮງຮຽນ ແລະ ອະນຸຍາດໃຫ້ມີການແລກປ່ຽນຂໍ້ມູນທາງອິເລັກໂທຣນິກກັບໜ່ວຍງານລົງທະບຽນ ຊັກຢາຂອງ Kansas. ນອກຈາກນັ້ນ, ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ມີການແລກປ່ຽນບັນທຶກການຮັບວັກຊີນຂອງລູກຂ້າພະເຈົ້າ ລະຫວ່າງພະຍາບານໂຮງຮຽນ ແລະ ພະແນກສາທາລະນະສຸກ ເຂດປົກຄອງ Sedgwick.

**ການອະນຸຍາດທາງປະກັນໄພ ແລະ ການເຜີຍແຜ່ຂໍ້ມູນ**

**ແມ່ນ/ຕົວອັກສອນຫຍໍ້:** \_\_\_\_\_ ຂ້າພະເຈົ້າສະເໜີຂໍວ່າ ການຈ່າຍເງິນສະຫວັດດີການທາງການແພດທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ ທີ່ຮຽກເກັບຈາກປະກັນໄພ (ລວມທັງ Medicare, Medicaid ແລະ KanCare) ໃນນາມຂອງນັກຮຽນ ແມ່ນຈ່າຍໃຫ້ແກ່ພະແນກສາທາລະນະສຸກ ເຂດປົກຄອງ Sedgwick ສຳລັບການບໍລິການໃດໜຶ່ງ ທີ່ໄດ້ມອບໃຫ້ແກ່ນັກຮຽນໂດຍອົງການຈັດຕັ້ງດັ່ງກ່າວ. ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ຜູ້ຖືຄອງ ຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງນັກຮຽນ ເພື່ອມອບຂໍ້ມູນໃດໜຶ່ງທີ່ຈຳເປັນໃຫ້ແກ່ Centers for Medicare and Medicaid services (CMS) ແລະ ຕົວແທນຂອງສູນດັ່ງກ່າວ ເພື່ອກຳນົດສະຫວັດດີການເຫຼົ່ານີ້ ທີ່ສາມາດຈ່າຍໄດ້ສຳລັບການບໍລິການທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈ ແລະ ຮັບຮູ້ວ່າ ພະແນກສາທາລະນະສຸກ ເຂດປົກຄອງ Sedgwick ອັນປະກັນໄພໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ນອກຈາກນັ້ນ, ຂ້າພະເຈົ້າຍັງເຂົ້າໃຈ ແລະ ຮັບຮູ້ວ່າ ຖ້າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສາມາດຕອບສະໜອງໄດ້ທຸກລາຍການ ແຕ່ບໍ່ໄດ້ມີການຈ່າຍເງິນໂດຍ Medicaid ແລະ/ຫຼື ປະກັນໄພອື່ນໆ, ຂ້າພະເຈົ້າ, ໃນຖານະພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງຂອງນັກຮຽນ, ອາດຈະມີຄວາມຮັບຜິດ ຊອບຕໍ່ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເຫຼົ່ານີ້.

ວາຍເຊັນພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ \_\_\_\_\_ ວັນທີ \_\_\_\_\_  
 ຊື່ແຈ້ງພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ \_\_\_\_\_ ວັນເດືອນປີເກີດຂອງພໍ່ແມ່ \_\_\_\_\_

**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 Lao

# 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:**