

د سیدویک کاونټي د روغتیا ډیپارټمنټ د واکسیناسیون فورم
د واکسیناسیون د هغو سوابقو پر اساس چې د ښوونځي د نرسې او روغتیا ډیپارټمنټ ته د لاسرسي وړ دي

د زده کوونکي معلومات

تخلص	نوم	د زېږېدو نېټه	عمر	ټلېفون
د کورني پته	ښار	ایالت	زیب	
جنسیت نارینه/ښځینه	هسپانوي یا لاتین	هو نه	ښوونځي	
نژاد آسیایي تور/ افریقایي امریکایي Caucasian بومي امریکایي/ الاسکایي بومي بومي هاوایي/ د ارام سمندر د ټاپو اوسیدونکي بل				
د ترسره کولو اجازه: نه مهرباني سره ټولو هغه مواردو ته لومړي توري ولیکئ او انتخاب یې کړئ چې پلي کېږي: لومړي توري دغه معلومات کېدای شي د دې لپاره وکارول شي ترڅو د ملاقاتونو واکسیناسیون د خبرتیاوو په اړه له ما سره اړیکه ونیول شي. <input type="checkbox"/> ټلېفون <input type="checkbox"/> لیکلې پیغام <input type="checkbox"/> لیک <input type="checkbox"/> ایمېل (په مهرباني سره د برېښنالیک پته ولیکئ)				
ایا زده کوونکي روغتیا یې بیمه لري؟ هو نه د بیمې کمپنۍ د پالیسۍ شمېره _____ د پالیسۍ لرونکي شمېره _____				

د معایني پوښتنپاڼه

نه	هو	1. ایا اوس زده کوونکي ناروغ دی یا یې بته ده؟
نه	هو	2. ایا زده کوونکي له واکسینو سره پخوا شدید غبرگون درلود؟
نه	هو	3. ایا زده کوونکي له درملو، خوړو، طبیعي رېږو یا د واکسینو له اجزاوو سره شدید حساسیتونه لري؟ a3. که پورته پوښتنو ته مو ځواب هو وي، په مهرباني سره حساسیتونه او غبرگون لېست کړئ:
نه	هو	4. ایا زده کوونکي په تېرو 4 اونیو کې واکسین کړي دي؟
نه	هو	5. ایا زده کوونکي، خویندې/اورونو یا والدینو یې میرکي درلوده؟ ایا ماشوم مغزي یا د اعصابوږې نورې ستونزې لرلې؟
نه	هو	6. ایا زده کوونکي د زړه، سږو (ساه لنډۍ په کېدون)، گوردو، ځیگر، عصبي سیستم یا میتابولیکي ناروغۍ (د بېلګې په توګه شکر)، د وینې اختلال، طحال نه لرل، د داخلي غوږ غړی بدلول یا د ملا تیر د مایع لیک کېدل په برخه کې اوږدمهاله روغتیا یې ستونزې درلودې؟ ایا په منظم ډول انګېزه یا سلی سلات درمل خوري؟
نه	هو	7. ایا زده کوونکي د معافیتي سیستم ستونزه لکه سرطان، لیکیمیا، HIV/ایدز لري؟
نه	هو	8. ایا د زده کوونکي والدین یا خویندې/اورونه د معافیتي سیستم ستونزې لري؟
نه	هو	9. ایا زده کوونکي په تېرو 6 میاشتو کې داسې درمل خوړلي دي چې پر معافیتي سیستم اغېز لري لکه prednisone یا نور سټروئیدونه یا د سرطان ضد درمل، داسې درمل چې د مفصلونو روماتیسم ته ورته ناروغۍ درملنې لپاره خوړل کېږي، د Crohn ناروغۍ یا سوبازیس یا یې د وړانګو درملنه درلودلې ده؟
نه	هو	10. ایا ماشوم په تېرو 12 میاشتو کې د معافیتي سیستم ګلوبولین (ګاما)، وینه/د وینې محصولات یا یې د ویروس ضد درمل خوړلي دي؟
نه	هو	11. ایا زده کوونکي مېندواره ده؟
نه	هو	12. د زده کوونکي د میاشتنې عادت دورې وروستی ورځ کومه وه؟ نېټه: _____ د پلي کېدو وړ نه ده
نه	هو	13. ایا زده کوونکي کوم وخت ضعف شوی یا یې تر واکسینو کولو وروسته د سر ګرځېدل تجربه کړي دي؟

زه د پورته زده کوونکي لپاره اجازه ورکوم چې لاندې واکسینونه ترلاسه کړي کوم چې هغه/ هغې تر دې دمخه ترلاسه کړي نه دي. ټول هغه موارد وټاکئ او لومړي توري یې ولیکئ چې پلي کېږي.

- هو/لومړي توري _____ ټول هغه واکسینونه چې اړین دي اود ناروغیو د کنټرول د مرکزونو له لوري زما د زده کوونکي د عمر او ټولګي د کچې لپاره توصیه کېږي.
 هو/لومړي توري: _____ ټول هغه واکسینونه چې زما د زده کوونکي د عمر او ټولګي د کچې لپاره اړین وي.

د محرمیت د تګلارو د خبرتیا تصدیق:

هو/لومړي توري: زه تصدیق کوم چې د سیدویک کاونټي د محرمیت د تګلارو د خبرتیا یوه کاپي د 2022 کال په سپټمبر میاشت کې د دې رضایت فورم له لاسلیک کولو څخه مخکې زما لپاره د لاسرسي وړ وګرځول شوه. لاندې زما لاسلیک زما ماشوم ته اجازه ورکوي ترڅو په ښوونځي کې واکسین کړای او د کانساس واکسیناسیون له ثبت سره د معلوماتو الکترونیکي تبادلې ته اجازه ورکوي. زه همدارنګه د ښوونځي د نرسې او د سیدویک کاونټي د روغتیا د ډیپارټمنټ تر منځ زما د ماشوم د واکسیناسیون د سوابقو شریکولو ته هم اجازه ورکوم.

د بیمې اجازه او د معلوماتو خپرول

هو/لومړي توري: زه غوښتنه کوم چې د هر ډول خدمتونو لپاره چې زده کوونکي ته د بنسټ له لوري وړاندې کېږي، د مجوزو طبي امتیازاتو تادیه چې بیمې ته بل شوي وي (د Medicare، Medicaid او KanCare په ګډون) د زده کوونکي په استازیتوب د سیدویک کاونټي د روغتیا ډیپارټمنټ ته تادیه شي. زه هغو کسانو ته چې د زده کوونکي طبي معلومات ورسره وي، اجازه ورکوم ترڅو هر هغه معلومات د Medicare او Medicaid د خدماتو مرکزونو (CMS) او د هغوی استازو ته ورکړي چې تعیین کړي دغه امتیازات د اړوندو خدماتو لپاره د تادیه وړ دي. زه پوهېږم او ناپینوم چې د سیدویک کاونټي د روغتیا ډیپارټمنټ بیمه د حسن نیت په توګه فایل کوي. زه پر دې هم پوهېږم او تصدیق کوم چې پوره د پروګرام ټول شرایط د چمتو کوونکي له لوري پوره شي مګر تادیه د Medicaid او/ یا د بیمې د کوم بل پوښتن له لوري ترسره نشي، زه به د زده کوونکي د والدینو/ سرپرست په توګه لګښتونه پر غاړه واخلم.

د والدینو/ سرپرست لاسلیک

نېټه

د والدینو/ سرپرست روښانه نوم

د والدینو د زېږون نېټه

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: