

# Sedgwick County Health Department FOMU YA IDHINI YA CHANJO

Kulingana na rekodi za chanjo zinazopatikana kwa muuguzi wa shule na Idara ya Afya (Health Department)

## Maelezo ya Mwanafunzi

Jina la Mwisho		Jina la Kwanza		Tarehe ya Kuzaliwa	Umri	Nambari ya Simu
Anwani ya Mtaa				Mji	Jimbo	Zip
Jinsia	M____F____	Hispania au Latino	Ndiyo__La____	Shule		
Mbari	Mwasia	Mwamerika	Mweusi/Mwafrika	Mzungu	Mwamerika Halisi /Mwalaska Halisi	Mhawaii
Halisi/Mwenyeji wa Kisiwa cha Pasifiki		Nyingine				
<b>Idhini ya Mawasiliano:</b> Tafadhali weka vifupisho vya jina na uteue chaguo zote zinazotumika:						
Vifupisho vya Jina _____ Maelezo haya yanaweza kutumiwa kuwasiliana nami kuhusu miadi au vikumbusho vya kupokea chanjo.						
<input type="checkbox"/> Simu <input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> Barua <input type="checkbox"/> Barua pepe (tafadhali weka anwani ya barua pepe) _____						
Je, mwanafunzi ana bima ya afya?		Ndiyo	La			
Kampuni ya bima _____		Nambari ya Sera _____		Jina la Mwenye Sera _____		

## Dodoso la Uchunguzi

1. Je, mwanafunzi ni mgonjwa sasa au ana joto jingi mwilini?	Ndiyo	Hapana
2. Je, mwanafunzi amewahi kuathiriwa vibaya baada ya kupokea chanjo hapo awali?	Ndiyo	Hapana
3. Je, mwanafunzi ana mizio yoyote mibaya inayojulikana kutokana na dawa, vyakula, mpira (latex) au kemikali ya chanjo?	Ndiyo	Hapana
3a. Iwapo umechagua Ndiyo kwa swali lililo hapo juu, tafadhali orodhesha mizio na athari zake:		
4. Je, mwanafunzi amepokea chanjo zozote ndani ya wiki 4 zilizopita?	Ndiyo	Hapana
5. Je, mwanafunzi, ndugu, au mzazi amewahi kupatwa na kifafa? Je, mtoto amekuwa na matatizo ya ubongo au mfumo wa neva?	Ndiyo	Hapana
6. Je, mwanafunzi ana tatizo la muda mrefu la afya kwenye moyo, mapafu (ikiwemo pumu), figo, maini, mfumo wa neva, au ugonjwa wa umetaboli (k.m., kisukari), ugonjwa wa damu, kukosa wengu, kupandikiza koklea, au kuvuja kwa ugiligili wa uti wa mgongo? Je, anatomia dawa mara kwa mara za aspirini au salisilati (Salicylate)?	Ndiyo	Hapana
7. Je, mwanafunzi ana tatizo la mfumo wa kingamwili kama vile saratani, leukemia (saratani ya damu) au HIV/Ukimwi?	Ndiyo	Hapana
8. Je, ndugu au mzazi wa mwanafunzi ana tatizo la mfumo wa kingamwili?	Ndiyo	Hapana
9. Je, katika miezi sita iliyopita, mwanafunzi ametumia dawa zinazoathiri mfumo wa kingamwili kama vile Prednisone, steroidi, dawa za kuinga saratani; dawa za kutibu baridi yabisi ya jointi (rheumatoid arthritis), ugonjwa wa mfumo wa kusiaga chakula (Crohn's disease) au ugonjwa wa ngozi (psoriasis); au matibabu ya kutumia miale (radiation treatments)?	Ndiyo	Hapana
10. Katika miezi 12 iliyopita, mtoto amewahi kupokea kingamwili ya gamma, damu/bidhaa za damu, au dawa za kuinga virusi?	Ndiyo	Hapana
11. Je, mwanafunzi ni mjamzito?	Ndiyo	Hapana
12. Hedhi ya mwisho ya mwanafunzi ilianza siku gani? Tarehe: _____	Hamna	
13. Je, mwanafunzi amewahi kuzimia au kuhisi kizunguzungu baada ya kupokea chanjo?	Ndiyo	Hapana

Ninamruhusu mwanafunzi aliyetajwa hapa juu kupokea chanjo zifuatazo ambazo BADO hajapokea. **Weka vifupisho vya jina na tiki kwenye kisanduku husika.**

- Ndiyo/Vifupisho vya jina: \_\_\_\_\_ Chanjo zote zinazohitajika na kupendekezwa na Vituo vya Kudhibiti Magonjwa (Centers for Disease Control) kwa umri wa mwanafunzi wangu na kiwango chake cha gredi.
- Ndiyo/Vifupisho vya jina: \_\_\_\_\_ Chanjo zote zinazohitajika kwa umri wa mwanafunzi wangu na kiwango chake cha gredi.

## KUKUBALI ILANI YA DESTURI ZA FARAGHA:

**Ndiyo/Vifupisho vya Jina:** \_\_\_\_\_ Ninakubali kuwa nilipewa nakala ya Ilani ya Desturi za Faragha ya Kaunti ya Sedgwick, ya Septemba 2022, kabla ya mimi kutia saina Fomu hii ya Idhini. Sahihi yangu hapa chini inatoa ruhusa ya mtoto wangu kupewa chanjo shuleni na inaidhinisha ubadilishaji wa maelezo ya kielektroniki kwenye Sajili ya Kutoa Chanjo ya Kansas (Kansas Immunization Registry). Pia ninaidhinisha ubadilishaji wa rekodi za chanjo ya mtoto wangu kati ya muuguzi wa shule na Idara ya Afya ya Kaunti ya Sedgwick.

## IDHINI YA BIMA NA KUTOA MAELEZO

**Ndiyo/Vifupisho vya Jina:** \_\_\_\_\_ Ninaomba kuwa malipo ya Manufaa ya Matibabu yaliyoidhinisha yafanywe na bima (ikiwemo Medicare, Medicaid, na KanCare), kwa niaba ya mwanafunzi kwa Idara ya Afya ya Kaunti ya Sedgwick kwa ajili ya huduma zozote zozote zinazotolewa kwa mwanafunzi na taasisi hiyo. Ninaidhinisha mtu yeyote aliye na maelezo ya afya ya mwanafunzi atoe kwa Vituo vya huduma za Medicare na Medicaid (CMS, Centers for Medicare and Medicaid) na mawakala wake, maelezo yoyote yanayohitajika ili kubaini manufaa haya yanayolipwa kwa huduma zinazohusiana. Ninafahamu na kukubali kuwa Idara ya Afya ya Kaunti ya Sedgwick hurekodi bima kwa hisani. Tena ninafahamu na kukubali kuwa iwapo masharti yote ya mpango yametimizwa na mtoa huduma lakini malipo hayajatolewa na Medicaid na/au huduma nyingine yoyote ya bima, mimi, kama mzazi/mlezi wa mwanafunzi, nitaweza kuwajibika malipo hayo.

Saini ya Mzazi/Mlezi \_\_\_\_\_ Tarehe \_\_\_\_\_

Jina Lililochapishwa la Mzazi/Mlezi \_\_\_\_\_ Tarehe ya Kuzaliwa kwa Mzazi \_\_\_\_\_

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

# 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: