

Sở Y Tế Quận Sedgwick MẪU CHẤP THUẬN TIÊM CHỦNG

Dựa trên hồ sơ tiêm chủng có sẵn cho y tá trường học và Sở Y Tế

Thông Tin Học Sinh

Họ	Tên	Ngày Sinh	Tuổi	Điện Thoại
Địa Chỉ Đường		Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Bưu Chính
Giới Tính Nam__Nữ__	Tây Ban Nha hoặc Latino Đúng_____Không__	Trường học		
Sắc Tộc: Châu Á Da Đen/Mỹ Gốc Phi Da Trắng Thổ Dân Mỹ/Thổ Dân Alaska Thổ Dân Hawaii/Người Đảo Thái Bình Dương Khác				
Ủy Quyền Liên Hệ: Vui lòng ký tắt và đánh dấu vào tất cả các mục phù hợp: Chữ ký tắt _____ Thông tin này có thể được sử dụng để liên hệ với tôi về các cuộc hẹn hoặc nhắc nhở tiêm chủng. o Điện thoại o Tin nhắn o Thư o Email (vui lòng cung cấp địa chỉ email) _____				
Học sinh có bảo hiểm y tế không? Có Không Công ty bảo hiểm _____ Số Hợp Đồng _____ Tên Chủ Hợp Đồng _____				

Bảng Câu Hỏi Sàng Lọc

1. Học sinh có đang bị cảm hay bị sốt không?	Có	Không
2. Trước đây học sinh đã từng bị phản ứng nghiêm trọng với vắc-xin chưa?	Có	Không
3. Học sinh có bị dị ứng nghiêm trọng nào với thuốc, thực phẩm, mủ cao su, hoặc một thành phần vắc-xin không?	Có	Không
3a. Nếu câu trả lời bên trên là có, vui lòng liệt kê các loại dị ứng và phản ứng:		
4. Học sinh có chích bất kỳ vắc-xin nào trong 4 tuần vừa qua không?	Có	Không
5. Học sinh, anh chị em, hay cha mẹ có từng bị động kinh không; trẻ em này có các vấn đề về não bộ hay hệ thống thần kinh khác không?	Có	Không
6. Học sinh có vấn đề sức khoẻ lâu dài nào về tim mạch, phổi (bao gồm cả hen suyễn), thận, gan, hệ thống thần kinh, hay bệnh chuyển hoá không?	Có	Không
7. Học sinh có vấn đề về hệ miễn dịch như ung thư, bạch cầu, HIV/AIDS không?	Có	Không
8. Cha mẹ hay anh chị em của học sinh có vấn đề về hệ miễn dịch không?	Có	Không
9. Trong 6 tháng qua, học sinh có sử dụng các loại thuốc ảnh hưởng tới hệ thống miễn dịch như prednisone, các loại steroid khác hoặc thuốc chống ung thư; thuốc điều trị viêm khớp dạng thấp, bệnh Crohn hay bệnh vẩy nến; hoặc điều trị bằng phóng xạ không?	Có	Không
10. Trong 12 tháng qua, trẻ em này có nhận được globulin miễn dịch (gamma), máu/sản phẩm từ máu, hay thuốc kháng vi-rút không?	Có	Không
11. Học sinh có mang thai không?	Có	Không
12. Ngày đầu tiên của kỳ kinh nguyệt gần nhất của học sinh là ngày nào? Ngày: _____	Không áp dụng	
13. Học sinh có từng bị ngất hay chóng mặt sau khi chích vắc-xin không?	Có	Không

Tôi cho phép học sinh ở trên được tiêm các loại vắc-xin sau đây mà em CHƯA được tiêm. **Đánh dấu vào ô thích hợp và ký tắt.**

- Đồng ý/Ký tắt: _____ **Tất cả các loại vắc-xin bắt buộc và được khuyến nghị bởi Trung Tâm Kiểm Soát Dịch Bệnh cho lứa tuổi và cấp lớp của con tôi.**
- Đồng ý/Ký tắt: _____ **Tất cả các loại vắc-xin bắt buộc cho lứa tuổi và cấp lớp của con tôi.**

XÁC NHẬN THÔNG BÁO VỀ THỰC HÀNH RIÊNG TƯ:

Đồng ý/Ký tắt: _____ Tôi xác nhận đã nhận được một bản sao Thông Báo Về Thực Hành Quyền Riêng Tư của Quận Sedgwick phát hành Tháng Chín, 2022 trước khi ký vào Mẫu Chấp Thuận này. Chữ ký của tôi dưới đây cho phép con tôi được chủng ngừa tại trường và cho phép trao đổi thông tin điện tử với Cơ Quan Đăng Ký Chủng Ngừa Kansas. Tôi cũng cho phép trao đổi hồ sơ chủng ngừa của con tôi giữa y tá của trường và Sở Y Tế Quận Sedgwick.

ỦY QUYỀN BẢO HIỂM VÀ CÔNG BỐ THÔNG TIN

Đồng ý/Ký tắt: _____ Tôi yêu cầu thanh toán các Phúc Lợi Y Tế được ủy quyền lập hóa đơn cho bảo hiểm (bao gồm Medicare, Medicaid và KanCare) được thực hiện thay mặt học sinh cho Sở Y Tế Quận Sedgwick đối với bất kỳ dịch vụ nào được tổ chức đó cung cấp cho học sinh. Tôi cho phép bất kỳ người nắm giữ thông tin y tế nào của học sinh tiết lộ cho Trung Tâm Dịch Vụ Medicare và Medicaid (CMS) và các đại lý của họ bất kỳ thông tin nào cần thiết để xác định những phúc lợi này phải trả cho các dịch vụ liên quan. Tôi hiểu và thừa nhận rằng Sở Y Tế Quận Sedgwick gửi bảo hiểm theo phép lịch sự. Tôi cũng hiểu và thừa nhận rằng nếu nhà cung cấp đáp ứng tất cả các yêu cầu của chương trình nhưng Medicaid và/hoặc bất kỳ bảo hiểm nào khác không thanh toán thì tôi, với tư cách là phụ huynh/người giám hộ của học sinh, có thể phải chịu trách nhiệm về các khoản phí.

Chữ Ký của Phụ Huynh / Người Giám Hộ _____ Ngày _____

Tên Viết Hoa của Phụ Huynh/Người Giám Hộ _____ Ngày Sinh Phụ Huynh _____

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 Quadacel Proquad

Revised 04/2024 Vietnamese

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: