

عباتلأ حاقللأ ىلع ةقف اواملا ةرامتسا
كئو جديس ةعطاقم يىف ةحصلأ ةرازول
بناءً على سجلات اللقاح المتاحة لمرضة المدرسة ووزارة الصحة

معلومات الطالب

الاسم الأخير	الاسم الأول	هاتف	العمر	تاريخ الميلاد
عنوان الشارع	المدينة	الولاية	الرمز البريدي	
النوع ذكر _____ أنثى _____	إسباني أو لاتيني نعم _____ لا _____	طبيب الرعاية الأولية:		

العرق: أسبوي أسود أو أمريكي من أصل إفريقي قوقازي من سكان أمريكا الأصليين/ من سكان أسكا الأصليين
 من سكان هاواي الأصليين/ من سكان جزر المحيط الهادئ غير ذلك

الإذن بالاتصال: - يرجى التوقيع بالأحرف الأولى من اسمك وتحديد كل ما ينطبق:
الأحرف الأولى _____ يجوز استخدام هذه المعلومات للاتصال بي بخصوص التذكير بالموعد أو باللقاح لي أو لمن أنا والدهم أو الوصي عليهم.
 هاتف رسالة نصية بريد بريد إلكتروني (يرجى ذكر عنوان بريد إلكتروني)

استبيان فحص التحصينات

1. هل الشخص الذي سيتلقى اللقاح مريض حاليًا أو يعاني من ارتفاع في درجة الحرارة؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
2. هل كان للشخص رد فعل خطير للقاح في الماضي؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
3. هل الشخص الذي سيتلقى اللقاح لديه أي حساسيات تسبب رد فعل شديد (حساسية)؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
4. هل الشخص الذي سيتلقى اللقاح لديه نوبات تشنجية أو مشكلات عصبية أخرى؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
5. هل الشخص الذي سيتلقى اللقاح لديه أي مشكلات طبية تجعل مقاومة العدوى أمرًا صعبًا؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
6. هل الشخص الذي سيتلقى اللقاح له اختلاط قوي ومنتظم مع شخص لديه ضعف في جهاز المناعة؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
7. هل الشخص يتناول كورتيزون أو بريدنيزون أو أي إستيرويدات، أو عقاقير مضادة للسرطان، أو سيق وأن تلقى علاجًا بالأشعة السينية؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
8. هل حصل الشخص الذي سيتلقى اللقاح دم أو بلازما أو الجلوبيولين المناعي أثناء الاثني عشر شهرًا الماضية؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
9. هل السيدة التي ستتلقى اللقاح حامل أو تفكر في الحمل في غضون الثلاثة أشهر القادمة؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
10. في أي تاريخ بدأت دورتك الشهرية الأخيرة؟ التاريخ: _____	<input type="checkbox"/> لا ينطبق	

أعطي الإذن للطالب المذكور أعلاه لتلقي اللقاحات التالية التي لم يتلقاها بالفعل. ضع علامة ووقع بأحرف اسمك الأولى على كل ما ينطبق.

1. نعم/الأحرف الأولى: _____ جميع اللقاحات اللازمة للمدرسة.
2. نعم/الأحرف الأولى: _____ جميع اللقاحات الإضافية التي توصي بها مراكز مقاومة الأمراض والوقاية منها/CDC.
3. نعم/الأحرف الأولى: _____ فقط اللقاحات المحددة أدناه. أتفهم أنه قد يتم استبعاد طفلي من المدرسة بسبب عدم الامتثال إلى لوائح تلقي اللقاح الخاصة بالمدرسة.

اللقاحات التي توصي بها CDC	اللقاحات اللازمة للمدرسة
HPV <input type="checkbox"/> التهاب السحايا <input type="checkbox"/> الأنفلونزا <input type="checkbox"/>	DTaP <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> MMR <input type="checkbox"/> بريفنار <input type="checkbox"/> التهاب الكبد أ <input type="checkbox"/> التهاب الكبد ب <input type="checkbox"/> شلل <input type="checkbox"/> الخُمق <input type="checkbox"/> التهاب الكبد ب <input type="checkbox"/> الأطفال <input type="checkbox"/>

إقرار بإشعار بممارسات الخصوصية:

نعم/الأحرف الأولى: _____ أقر بأنه تم إتاحة نسخة من إشعار مقاطعة سيدجوك لممارسات الخصوصية بتاريخ 1 يوليو 2013 لي قبل التوقيع على نموذج الموافقة هذا. يعطي توقيعي أدناه الإذن لي/ لطفلي لتلقي اللقاح في المدرسة ويأذن بالتبادل الإلكتروني للمعلومات إلى سجل التحصينات في ولاية كنساس. وأصرح أيضًا بالتبادل المشترك لسجلات اللقاحات الخاصة بي أو بطفلي بين ممرضة المدرسة ووزارة الصحة في سيدجوك.

التصريح بالتأمين وإصدار المعلومات

نعم/الأحرف الأولى: _____ أطلب بدفع الاستحقاقات الطبية المصرح بها للتأمين (بما في ذلك Medicare و Medicaid و KanCare) نيابةً عن الطالب إلى وزارة الصحة في مقاطعة سيدجوك مقابل أي خدمات تم تقديمها إلى الطالب من قبل ذلك الكيان. أصرح لأي شخص يحتفظ بالمعلومات الطبية الخاصة بالطالب بالإفصاح بأي معلومات لازمة لتحديد الاستحقاقات الطبية مستحقة الدفع للخدمات ذات الصلة إلى مراكز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) ووكلائها. أتفهم وأقر بأن وزارة الصحة في مقاطعة سيدجوك تقدم التأمين على سبيل الإحسان. وأتفهم وأقر أيضًا بأنه إذا تم تحقيق جميع متطلبات البرنامج من قبل مقدم الخدمة ولكن لم يتم الدفع من Medicaid و/ أو أي تغطية تأمين أخرى، فإنني بصفتي الطالب/ الوالد/ الوصي على الطالب قد أكون مسؤولاً عن الرسوم.

التاريخ _____

توقيع الوالد/ الوصي أو الطالب _____

تاريخ ميلاد الوالد _____

الاسم المطبوع للوالد/ الوصي أو الطالب _____

للاستخدام المكتبي فقط: أهلية المريض

T19 _____ لا يوجد تأمين صحي _____ من سكان أمريكا الأصليين/ من سكان أسكا الأصليين T21 _____ مؤمن عليه بالكامل _____ مؤمن عليه جزئيًا (التأمين لا يغطي التحصينات)
غير مستحق (دفع مشترك للتأمين أو خصم مرتفع بدرجة كافية لوضع حاجز أمام التحصينات) _____ موافقة العيادة الموجودة بالمدرسة _____