

**Idara ya Afya ya Kaunti ya Sedgwick  
FOMU YA IDHINI YA CHANJO**

*Kulingana na rekodi ya chanjo inayopatikana kwa muuguzi wa shule na Idara ya Afya*

**Maelezo ya Mwanafunzi**

Jina la Mwisho	Jina la kwanza	Simu	Umri	Tarehe ya Kuzaliwa
Anwani ya Mtaa		Jiji	Jimbo	Zip
Jinsia Me___ Ke___	Mhispania au Mlatino Ndio___ Hapana_	Daktari wa Huduma ya Msingi:		
Asili:	<input type="checkbox"/> Muasia	<input type="checkbox"/> Mweusi au Muamerika asili ya Afrika	<input type="checkbox"/> Asili ya Caucasus	<input type="checkbox"/> Asili ya Marekani/Asili ya Alaska
	<input type="checkbox"/> Asili ya Hawaii/Visiwa vya Pacific	<input type="checkbox"/> Zingine		
<b>Idhini ya Kuwasiliana</b> – Tafadhali saina vyote vinavyohusika: Vifupisho_____Maelezo haya yanaweza kutumika kuwasiliana na mimi kuhusiana na miadi au vikumbusho vya chanjo kwangu mimi au kwa wale ambao mimi ni mzazi au mlezi wao. <input type="checkbox"/> Simu <input type="checkbox"/> Ujumbe <input type="checkbox"/> Barua <input type="checkbox"/> Barua Pepe (tafadhali toa anwani ya barua pepe)_____				

**Hojaji la Uchunguzi wa Chanjo**

1. Je mtu atakayechanjwa kwa sasa ni mgonjwa au ana homa kali?	Ndio	<input type="checkbox"/> Hapana
2. Je mtu huyo alishawahi pata mwitikio mkali wa chanjo siku za nyuma?	<input type="checkbox"/> Ndio	<input type="checkbox"/> Hapana
3. Je mtu atakayechanjwa ana mzio ambao husababisha mwitikio mkali?	<input type="checkbox"/> Ndio	<input type="checkbox"/> Hapana
4. Je mtu atakayechanjwa ana kifafa au matatizo mengine ya neva?	<input type="checkbox"/> Ndio	<input type="checkbox"/> Hapana
5. Je mtu atakayechanjwa ana matatizo ya kimatibabu ambayo humfanya kupambana na maambukizi?	<input type="checkbox"/> Ndio	<input type="checkbox"/> Hapana
6. Je, mtu atakayechanjwa ana mawasiliano ya karibu, ya mara kwa mara na mtu ambaye ana kinga dhaifu?	<input type="checkbox"/> Ndio	<input type="checkbox"/> Hapana
7. Je, mtu huyo anatumia cortisone, prednisone, steroid nyingine, dawa za kuzuia saratani, au alikuwa na matibabu ya eksirei?	<input type="checkbox"/> Ndio	<input type="checkbox"/> Hapana
8. Je, mtu atakayechanjwa amepokea damu, plasma, au globulini ya kinga katika miezi kumi na miwili iliyopita?	<input type="checkbox"/> Ndio	<input type="checkbox"/> Hapana
9. Je, mtu atakayechanjwa ni mjamzito au anafikiria kupata mimba ndani ya miezi mitatu ijayo?	<input type="checkbox"/> Ndio	<input type="checkbox"/> Hapana
10. Je, ulianza mzunguko wako wa hedhi wa mwisho tarehe ngapi? Tarehe:___	<input type="checkbox"/> Haihusiani	

**Ninatoa ruhusa kwa mwanafunzi hapo juu kupokea chanjo zifuatazo ambazo HAJAPATA tayari. Weka alama kwenye kisanduku NA usaini vyote vinavyohusiana**

- Ndio/Vifupisho: \_\_\_ Chanjo zote zinazohitajika na shule.
- Ndio/Vifupisho: \_\_\_ chanjo zote za ziada zinazopendekezwa na Kituo cha Kudhibititi na Kuzuia Magonjwa/CDC.
- Ndio/Vifupisho: \_\_\_ Chanjo zilizowekwa alama TU hapo chini. Ninaelewa kuwa mtoto wangu anaweza kuondolewa shuleni kwa sababu ya kutofuata kanuni za chanjo ya shule.

<b>Chanjo Zinazohitajika na Shule</b>	<b>Chanjo Zinazopendekezwa na CDC</b>
<input type="checkbox"/> DTaP <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> MMR <input type="checkbox"/> Prevnar <input type="checkbox"/> Homa ya Ini A <input type="checkbox"/> Meningitis Conjugate <input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> Varisela <input type="checkbox"/> Homa ya Ini B	<input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> Meningitis B <input type="checkbox"/> Mafua

**UTHIBITISHO WA KUKUBALI NOTISI YA FARAGHA:**

Ndio/Vifupisho: \_\_\_Ninakubali kwamba nakala ya Notisi ya Mazoea ya Faragha ya Kaunti ya Sedgwick ya tarehe 1 Julai 2013, imetolewa kwangu kabla ya kutia sahihi kwangu kwenye Fomu hii ya Idhini. Sahihi yangu hapa chini inampa ruhusa/mtoto wangu kupata chanjo shuleni na kuidhinisha ubadilishanaji wa taarifa za kielektroniki kwenye Masijala ya Chanjo ya Kansas. Pia ninaidhinisha ubadilishanaji wa rekodi zangu za chanjo au rekodi za chanjo ya mtoto wangu kati ya muuguzi wa shule na Idara ya Afya ya Kaunti ya Sedgwick.

**IDHINI YA BIMA NA UTOAJI WA MAELEZO**

Ndio /Vifupisho: \_\_\_Ninaomba kwamba malipo ya Manufaa ya Matibabu yaliyoidhinishwa yanayotozwa bima (ikijumuisha Medicare, Medicaid na KanCare) yafanywe kwa niaba ya mwanafunzi kwa Idara ya Afya ya Kaunti ya Sedgwick kwa huduma zozote zinazotolewa kwa mwanafunzi na shirika hilo. Ninaidhinisha mmiliki yeyote wa maelezo ya matibabu ya mwanafunzi kuwasilisha kwa Kituo cha Huduma za Medicare na Medicaid (CMS) na mawakala wake taarifa yoyote inayohitajika ili kubainisha manufaa haya yanayolipwa kwa huduma zinazohusiana. Ninaelewa na kukiri kuwa Idara ya Afya ya Kaunti ya Sedgwick huwasilisha bima kama ukumbusho. Ninaelewa zaidi na kukiri kwamba ikiwa mahitaji yote ya programu yatatimizwa na mtoa huduma lakini malipo hayafanywi na Medicaid na/au bima nyingine yoyote, mimi, kama mwanafunzi/mzazi/mlezi wa mwanafunzi, ninaweza kuwajibika kwa gharama hizo.

**Sahihi ya Mzazi/Mlezi au Mwanafunzi** \_\_\_\_\_ **Tarehe** \_\_\_\_\_

**Majina yaliyochapishwa ya Mzazi/Mlezi au Mwanafunzi** \_\_\_\_\_ **Tarehe ya Kuzaliwa ya Mzazi** \_\_\_\_\_

<b>KWA MATUMIZI YA OFISI TU: Ustahiki wa Mgonjwa</b>	
T19 _____ Hakuna Bima _____ Asili ya Marekani/Alaska _____ T21 _____ Ana Bima _____ Bima ya chini (Bima haina kifurushi cha chanjo)	
_____ Hajahudumiwa (Hulipa pamoja na bima au hukutwa bei ya juu ya kutosha kutoa kizuizi kwa chanjo)	Manjano - Idhini ya Kliniki Iliyopo Shuleni