

Phòng Y tế Hạt Sedgwick
PHIẾU ĐỒNG THUẬN TIÊM CHỦNG

Dựa trên hồ sơ tiêm chủng được gửi về cho nhân viên y tá học đường và Phòng Y tế

Thông tin Học sinh

Họ	Tên	Số điện thoại	Tuổi	Ngày sinh
Địa chỉ		Thành phố	Tiểu bang	Mã bưu điện (ZIP)
Giới tính Nam ___	Người Hispanic hoặc Latin Có ___ Không ___	Bác sỹ chăm sóc chính:		
Sắc tộc: <input type="checkbox"/> Châu Á	<input type="checkbox"/> Người Mỹ da màu hoặc gốc Phi	<input type="checkbox"/> Đại chủng Âu	<input type="checkbox"/> Thổ dân da đỏ Mỹ/Thổ dân Alaska	
<input type="checkbox"/> Người Hawaii bản địa/Cư dân các đảo Thái Bình Dương		<input type="checkbox"/> Khác		
Ủy quyền để Liên hệ: – Vui lòng ký tắt và chọn các mục phù hợp: Chữ ký tắt _____ Thông tin này có thể được sử dụng để liên hệ với tôi về việc hẹn lịch hoặc nhắc lịch tiêm chủng cho tôi hoặc cho con hoặc người mà tôi có tư cách giám hộ. <input type="checkbox"/> Số điện thoại <input type="checkbox"/> Tin nhắn <input type="checkbox"/> Thư tay <input type="checkbox"/> Email (vui lòng cung cấp địa chỉ email) _____				

Bảng hỏi Sàng lọc Tiêm chủng

1. Người sẽ được tiêm chủng hiện có bị ốm hoặc sốt cao không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
2. Người này từng có phản ứng nghiêm trọng với vắc-xin trước đây hay không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
3. Người sẽ được tiêm chủng có bị dị ứng dẫn đến phản ứng dữ dội (phản vệ) hay không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
4. Người sẽ được tiêm chủng có từng bị co giật hoặc các vấn đề thần kinh khác hay không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
5. Người sẽ được tiêm chủng có vấn đề về sức khỏe nào gây khó khăn đến khả năng kháng viêm hay không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
6. Người sẽ được tiêm chủng có mối liên hệ mật thiết, thường xuyên với người có hệ thống miễn dịch bị suy giảm nào hay không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
7. Người này có đang dùng cortisone, prednisone, các dược phẩm có chứa steroid khác, thuốc chống ung thư, hoặc phép điều trị bằng tia X hay không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
8. Người sẽ được tiêm chủng có từng nhận truyền máu, huyết tương, hoặc globulin miễn dịch trong mười hai tháng qua hay không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
9. Người được tiêm chủng có đang mang thai hoặc có dự định mang thai trong ba tháng tới hay không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
10. Ngày bắt đầu chu kỳ kinh nguyệt gần đây nhất của bạn là ngày nào? Ngày: _____	<input type="checkbox"/> Không áp dụng	

Tôi đồng ý cho học sinh nêu trên được tiêm các loại vắc-xin mà họ CHƯA được tiêm có tên nêu dưới đây. Đánh dấu vào các hộp VÀ ký tắt tất cả các mục phù hợp.

1. **Có/Ký tắt:** _____ **Tất cả các vắc-xin học đường bắt buộc.**
2. **Có/Ký tắt:** _____ **Tất cả các vắc-xin bổ sung theo khuyến nghị của Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh/CDC.**
3. **Có/Ký tắt:** _____ **CHỈ tiêm các vắc-xin được đánh dấu dưới đây. Tôi hiểu rằng con của tôi có thể không được nhập học nếu không tuân thủ các quy định về tiêm chủng học đường.**

Vắc-xin học đường bắt buộc

- DTaP Td MMR Phế cầu Viêm gan A Viêm màng não cầu khuẩn
 Tdap Hib Bại liệt Thủy đậu Viêm gan B

Vắc-xin CDC khuyến nghị

- HPV Viêm màng não B
 Cúm

XÁC NHẬN THÔNG BÁO THỰC HÀNH QUYỀN RIÊNG TƯ

Có/Ký tắt: _____ Tôi xác nhận rằng một bản Thông báo của Hạt Sedgwick về Thực hành Quyền riêng tư soạn ngày 1 tháng 7 năm 2013 đã được gửi đến tôi trước khi tôi ký Phiếu đồng thuận này. Việc tôi ký tên dưới đây cho phép tôi/con của tôi được tiêm chủng tại trường và ủy quyền việc trao đổi thông tin qua phương thức điện tử đến Cơ quan Đăng ký Tiêm chủng Kansas. Tôi cũng ủy quyền việc trao đổi qua lại hồ sơ tiêm chủng của tôi hoặc hồ sơ tiêm chủng của con tôi giữa nhân viên y tá học đường và Phòng Y tế Hạt Sedgwick.

ỦY QUYỀN BẢO HIỂM VÀ CUNG CẤP THÔNG TIN

Có/Ký tắt: _____ Tôi yêu cầu đại diện Phòng Y tế Hạt Sedgwick thay mặt cho học sinh thực hiện các Quyền lợi Y tế được ủy quyền thanh toán cho bảo hiểm (bao gồm cả Medicare, Medicaid và KanCare) cho bất kỳ dịch vụ nào được cung cấp cho học sinh đó. Tôi ủy quyền cho bất kỳ ai sở hữu thông tin y tế của học sinh này được cung cấp cho Trung tâm dịch vụ Medicare và Trợ cấp y tế (CMS) và các đại lý của trung tâm bất kỳ thông tin nào cần thiết để xác định các quyền lợi phải trả cho các dịch vụ liên quan. Tôi hiểu và xác nhận rằng Phòng Y tế Hạt Sedgwick County lập hồ sơ bảo hiểm theo đúng trách nhiệm. Tôi cũng hiểu và xác nhận rằng nếu đơn vị cung cấp đảm bảo toàn bộ các yêu cầu chương trình nhưng khoản thanh toán không được thực hiện bởi Medicaid và/hoặc thuộc phạm vi bao trả bảo hiểm khác thì tôi, với tư cách là học sinh/phụ huynh/người giám hộ của học sinh, sẽ chịu trách nhiệm với những phí tổn đó.

Chữ ký của Phụ huynh/Người giám hộ hoặc Học sinh _____ **Ngày** _____

Họ và tên của của Phụ huynh/Người giám hộ hoặc Học sinh _____ **Ngày sinh của PH** _____

DÀNH RIÊNG CHO VẤN PHỎNG: Tiêu chuẩn Bệnh nhân

___ T19 ___ Không có Bảo hiểm Y tế ___ Thổ dân da đỏ Mỹ/Thổ dân Alaska ___ T21 ___ Bảo hiểm đầy đủ ___ Bảo hiểm dưới mức (Bảo hiểm không bao trả tiêm chủng)
 ___ Không được phục vụ (Đồng thanh toán bảo hiểm hoặc khoản khấu trừ đủ cao để tạo rào cản tiếp cận dịch vụ tiêm chủng) ___ Vàng – Đồng thuận Phòng tiêm chủng học đường