

COVID-19 疫苗接种知情同意书

男 女 其他

名字 姓氏 中间名 出生日期 年龄 性别

() -

住宅地址 城市 州 邮政编码 电话号码 宅电 手机

Medicare Part B ID 号: _____ SSN 后 4 位数字: _____ 驾照号码: _____

种族: 亚裔 美国非裔黑人 西班牙裔 美国印第安人 白人 太平洋岛民 两种或以上 其他: _____
 民族: 西班牙裔或拉丁裔 非西班牙裔或拉丁裔 不愿透露 (不知道)

您比较习惯用哪只手臂接种疫苗? 左 右 如果体重不足 66 磅, 请输入体重: _____ 磅 初级保健医生姓名: _____
 (请圈选)

初级保健医生地址: _____

筛检问卷: 请勾选方格以回答问题。

筛检问题 – 注意: 如已在线完成, 请与患者一起检查答案, 以确保没有更改	是	否
1. 您今天是否生病了?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 您是否已经接种过一剂 COVID-19 疫苗? 如果是, 您接种的是哪种疫苗? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> 其他: _____ 日期: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 您是否对之前的 COVID-19 疫苗或 COVID-19 疫苗的任何成分 (包括聚乙二醇 (PEG) 或聚山梨酯) 有过敏反应?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 您是否对其他疫苗 (COVID-19 以外的疫苗) 或注射性药物有过敏反应?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 您是否对任何食物、宠物、环境过敏原、口服药物或乳胶有严重的过敏反应 (过敏症)? 若是, 请列出:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 您在过去 14 天内是否曾接种任何疫苗? (非禁忌症)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 您在过去 90 天内是否接受过被动抗体疗法 (单克隆抗体或恢复期血清) 来治疗 COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 您是否在孕期或哺乳期? (非禁忌症)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

知情同意书: 请阅读并签名。

在下方签名, 即表示本人同意 Albertsons Companies 或其附属药房之一所聘用的药剂师或是在法律或州/联邦指导许可之下由受监督的实习药剂师或技师施打疫苗, 并可通过上述号码就本人应该或有资格接种的其他疫苗与我联系。本人亦免除 Albertsons Companies 及其子公司、关系企业、主管、董事、员工和代理的全部责任, 包括因为本人接受此疫苗所产生或造成的疏失或错误行为。本人了解: 1) 本人自愿选择接种疫苗, 并且了解本人有义务支付使用产品及享受服务的所有费用。2) 若这些产品或服务是向本人的医疗福利收费, 在接受服务之日后, 本人可能需要负担这些费用。3) 本人已达法定年龄, 且取得签署此同意书的授权, 或者本人未达法定年龄, 但已取得家长或监护人的签名同意书。4) 若有可能对本人健康或疫苗功效造成负面影响的任何医疗情况, 本人将立即提醒药剂师。5) 相关人员已向本人说明接种疫苗后可能产生的副作用、这些副作用可能发生的时间, 以及本人应该寻求治疗的时间与地点。若本人经历了任何副作用, 本人需自费洽询本人医师安排回诊追踪。6) 本人应在接种区域留观 15 分钟, 如果本人对疫苗或注射疗法有严重即时过敏反应的历史, 或者本人有任何原因导致的过敏反应历史, 则应在接种后留观 30 分钟。如果本人接种后立即离开, 则本人确认, 此举未遵守施打疫苗的专业人员的建议, 风险自担。7) 关于即将施打之疫苗的疫苗信息声明书 (Vaccine Information Statement, VIS) 或紧急使用授权书 (Emergency Use Authorization, EUA), 本人已经阅读, 或者已经有人读给本人听。本人有机会提出问题, 并且本人的所有问题均已得到满意的答复。本人了解疫苗的优缺点与风险。8) 我已收到及/或取得该公司之隐私权规范通知书 (Notice of Privacy Practices) 副本, 以遵循《健康保险可携性及责任法案》(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) 的规定。9) 此类疫苗接种, 包括州或联邦法律规定享有额外隐私权保护的其他任何疫苗, 均须由本人的医师或其同事向免疫登记处通报, 其可能与他人以及本人的初级保健医师、授权医师或当地卫生局 (若适用) 共享本人的免疫资料, 且本人授权这些披露。(仅限新泽西州: 本人授权 ___ 不授权 ___ 将此疫苗接种情况报告给本人的初级保健医生。本人了解, 不勾选“授权”/“不授权”将视为授权。) (仅限南达科他州和马里兰州: 本人了解, 本人有权利拒绝通过这些登记向上述方分享本人数据。)

X
患者本人或未成年患者的家长/监护人签名 _____ 日期 _____

仅限药房使用

Vaccine Name	Lot #	Expiration Date	Manufacturer	Dose (ml)	Dose #	Route	Site (circle)	VIS/EUA Publication Date
							R / L Deltoid	

Name of Administrator: _____ Administration Date: _____ NPP Offered RPh Counseling (Please circle): Accepted / Declined

RPh Signature [Indicates (1) VIS/EUA Provided (2) Counseling Offered and (3) Patient Eligibility Verified]: _____

WA ONLY: Substitution Permitted: _____ Dispense as Written: _____

RxBIN: _____ PCN: _____ Group#: _____ ID#: _____

Medical (Name, ID#, Group#, Payer ID - if UHC): _____

Billing Info (off-site only) Clinic Name: _____ Clinic Address: _____