Chấp Thuận Chủng Ngừa Vắc-xin COVID-19 Có Hiểu Biết

❒Nam ❒Nữ ❒Khác

Họ **Tên** **Tên Đệm** **Ngày Sinh** **Tuổi** **Giới Tính**

( ) -

Địa Chỉ Nhà **Thành Phố** **Tiểu Bang** **Mã Bưu Chính** **Số Điện Thoại** ❒Nhà ❒Di Động

ID Medicare Phần B: _____ **Bốn số cuối trong số SSN:** _____ **Số Giấy Phép Lái Xe:** _____

Chủng Tộc: ❒Người gốc Á ❒ Người Mỹ da đen hoặc Người Mỹ gốc Phi ❒Người gốc Tây Ban Nha ❒Người Mỹ Bản Địa ❒Người Cáp-ca ❒Người Dân các Đảo Thái Bình Dương ❒Hai hoặc Nhiều Chủng Tộc ❒Khác: _____
Sắc Tộc: ❒Người Mỹ gốc Tây Ban Nha hoặc Người Latinh ❒Không phải Người Mỹ gốc Tây Ban Nha hoặc Người Latinh ❒Từ Chối Trả Lời (Không rõ)

Quý vị muốn chủng ngừa trên tay nào? **Nhập cân nặng NẾU DƯỚI 66 pound:** _____**Lbs.** **Tên của Bác Sĩ Chăm Sóc Chính:** _____
(Vui lòng khoanh tròn) **Trái** **Phải** **Địa Chỉ của Bác Sĩ Chăm Sóc Chính:** _____

Bảng Câu Hỏi Sàng Lọc: *Vui lòng trả lời các câu hỏi bằng cách đánh dấu vào ô.*

Các Câu Hỏi Sàng Lọc – LƯU Ý: NẾU HOÀN THÀNH BẢNG CÂU HỎI TRỰC TUYẾN, VUI LÒNG CÙNG BỆNH NHÂN XEM LẠI CÁC CÂU TRẢ LỜI ĐỂ ĐẢM BẢO KHÔNG CẦN THAY ĐỔI GÌ THÊM		**Có**	**Không**
1.	Hôm nay quý vị có bị ốm không?	❒	❒
2.	Quý vị đã từng tiêm một liều vắc-xin COVID-19 nào chưa? Nếu đã tiêm rồi thì quý vị tiêm loại nào? ❒ Pfizer ❒ Moderna ❒ Khác: _____ Ngày: _____	❒	❒
3.	Quý vị đã bao giờ có phản ứng dị ứng với một loại vắc-xin COVID-19 trước đây hoặc bất kỳ thành phần nào của vắc-xin COVID-19, bao gồm polyethylene glycol (PEG) hay polysorbate, chưa?	❒	❒
4.	Quý vị đã bao giờ có phản ứng dị ứng với một loại vắc-xin khác (không phải vắc-xin COVID-19) hoặc một loại thuốc tiêm nào chưa?	❒	❒
5.	Quý vị đã bao giờ có phản ứng dị ứng nghiêm trọng (sốc phản vệ) với bất kỳ loại thức ăn, vật nuôi, chất gây dị ứng trong môi trường, thuốc uống, hoặc cao su latex chưa? Nếu có, vui lòng liệt kê:	❒	❒
6.	Quý vị có được chủng ngừa loại vắc-xin nào trong vòng 14 ngày qua không? (không có chống chỉ định)	❒	❒
7.	Quý vị có từng nhận liệu pháp miễn dịch thụ động (kháng thể đơn dòng hay huyết thanh giai đoạn hồi phục) là phương pháp điều trị COVID-19 trong vòng 90 ngày qua không?	❒	❒
8.	Quý vị có đang mang thai hoặc cho con bú không? (không có chống chỉ định)	❒	❒

Chấp Thuận Có Hiểu Biết: Vui lòng đọc và ký tên.

Bằng cách ký tên dưới đây, tôi chấp thuận để dược sĩ hoặc dược sĩ thực tập được giám sát hoặc kỹ thuật viên hoặc người được cấp phép khác, trong những trường hợp được quy định của tiểu bang/liên bang cho phép, là nhân viên của hoặc có hợp đồng với Albertsons Companies hoặc một trong các nhà thuốc chi nhánh của họ, chủng ngừa (các) loại vắc-xin cho tôi và liên hệ với tôi về các chủng ngừa khác mà tôi cần hoặc hội đủ điều kiện được nhận theo số điện thoại được cung cấp ở trên. Tôi cũng miễn trừ cho Albertsons Companies, các cơ sở, chi nhánh, cán bộ, giám đốc, nhân viên và đại lý của Albertsons Companies khỏi tất cả các trách nhiệm pháp lý bao gồm các hành động từ việc bỏ lỡ hoặc thực hiện theo phận sự, là kết quả hoặc phát sinh từ việc tôi nhận chủng ngừa vắc-xin này. Tôi hiểu rằng: 1) Tôi đã tự nguyện chọn chủng ngừa vắc-xin này và hiểu rằng tôi có nghĩa vụ thanh toán cho tất cả các sản phẩm và dịch vụ mà tôi nhận được, nếu áp dụng. 2) Tôi có thể phải chịu trách nhiệm cho việc thanh toán sau ngày nhận dịch vụ nếu sản phẩm hoặc dịch vụ được lập hóa đơn cho phúc lợi y tế của tôi. 3) Tôi đủ tuổi hợp pháp và được ủy quyền để thực hiện mẫu chấp thuận này hoặc tôi là phụ huynh/người giám hộ của trẻ vị thành niên. 4) Tôi sẽ thông báo ngay cho dược sĩ bất kỳ tình trạng y tế nào có thể ảnh hưởng có hại đến sức khỏe cá nhân của tôi hoặc tính hiệu quả của vắc xin. 5) Tôi đã được tư vấn về các tác dụng phụ có thể xảy ra sau khi chủng ngừa vắc-xin, thời điểm có thể xảy ra tác dụng phụ và thời gian cũng như nơi tôi cần đến để được điều trị. Tôi có trách nhiệm tái khám với bác sĩ của mình và tự thanh toán chi phí nếu tôi gặp bất kỳ tác dụng phụ nào. 6) Tôi nên ở lại khu vực theo dõi trong 15 phút trừ khi tôi có tiền sử có phản ứng dị ứng tức thời ở bất kỳ mức độ nghiêm trọng nào với vắc-xin hoặc liệu pháp tiêm hoặc nếu tôi có tiền sử sốc phản vệ do bất kỳ nguyên nhân nào, tôi nên ở lại khu vực theo dõi trong 30 phút sau khi chủng ngừa. Nếu tôi không chờ đợi mà rời khỏi khu vực, tôi thừa nhận rằng tôi sẽ tự mọi chịu rủi ro và rằng tôi đang chống lại lời khuyên của chuyên gia đã chủng ngừa vắc-xin. 7) Tôi đã đọc, hoặc đã được đọc cho nghe (Các) Tuyên Bố Thông Tin Vắc-xin (Vaccine Information Statement, "VIS") hoặc Giấy Ủy Quyền Sử Dụng Trong Trường Hợp Khẩn Cấp (Emergency Use Authorization, "EUA") liên quan đến (các) loại vắc-xin được cung cấp. Tôi đã có cơ hội được đặt câu hỏi và tất cả các thắc mắc của tôi đã được giải đáp một cách thỏa đáng. Tôi hiểu các lợi ích và rủi ro của (những) loại vắc-xin này. 8) Tôi đã được đề nghị nhận và/hoặc cung cấp một bản sao của Thông Báo Về Thực Hành Quyền Riêng Tư của công ty tuân theo Đạo Luật về Trách Nhiệm Giải Trình và Cung Cấp Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). 9) Vắc-xin này, bao gồm bất kỳ loại vắc-xin nào được bảo vệ quyền riêng tư bổ sung theo luật tiểu bang hoặc liên bang, đều được nhà thuốc của tôi hoặc cơ quan liên kết kinh doanh báo cáo với cơ quan đăng ký chủng ngừa, và họ có thể chia sẻ dữ liệu chủng ngừa của tôi với người khác, và với bác sĩ chăm sóc chính của tôi, bác sĩ được ủy quyền hoặc Sở Y Tế địa phương, nếu có, và tôi cho phép việc tiết lộ đó. (*Chỉ dành cho New Jersey: Tôi cho phép ___ không cho phép ___ báo cáo về việc tôi đã nhận được vắc-xin này cho bác sĩ chăm sóc chính của tôi Tôi hiểu rằng nếu tôi không đánh dấu vào phần cho phép/ không cho phép thì điều đó sẽ được coi như là đã cho phép.*) *(Chỉ dành cho South Dakota và Massachusetts: Tôi hiểu rằng tôi có quyền phản đối việc chia sẻ dữ liệu của mình cho các bên nói trên thông qua các cơ quan đăng ký như vậy.)*

X _____
Chữ Ký của Bệnh Nhân hoặc Phụ Huynh/Người Giám Hộ của Bệnh Nhân Vị Thành Niên **Ngày**

Chỉ Dành Cho Nhà Thuốc

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: _____