

# Bakuna Laban sa COVID-19

## Form ng Pahintulot para sa Bata



**Magulang/Tagapag-alaga:** Sagutin ang mga sumusunod na tanong para tulungan kaming ligtas na mabigyan ang iyong anak ng bakuna laban sa COVID-19. Libre ang bakuna. Walang kailangang ID o insurance.

Impormasyon ng Bata			
Apelyido	Pangalan	Inisyal ng gitnang pangalan	Numero ng telepono
Mailing address	Lungsod	Estado	Zip code
Email address	Petsa ng kapanganakan	Edad	Mayroon ka bang insurance sa kalusugan? <input type="checkbox"/> Mayroon <input type="checkbox"/> Wala
<b>Lahi (i-check ang lahat ng naaangkop)</b> <input type="checkbox"/> American Indian o Alaska Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black o African American <input type="checkbox"/> Native Hawaiian o Iba pang Pacific Islander <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Iba pa _____ <input type="checkbox"/> Mas gustong hindi sagutin	<b>Etnisidad</b> <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Hindi Hispanic <input type="checkbox"/> Mas gustong hindi sagutin	<b>Kasarian sa kapanganakan</b> <input type="checkbox"/> Babae <input type="checkbox"/> Lalaki	<b>Kinikilalang kasarian</b> <input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Babae <input type="checkbox"/> Transgender na lalaki <input type="checkbox"/> Transgender na babae <input type="checkbox"/> Genderqueer/non-binary <input type="checkbox"/> Iba pa _____

Lagda ng Magulang/Tagapag-alaga		
Natanggap ko, nabasa ko/naipaliwanag sa akin, at nauunawaan ko ang papel ng impormasyon ng awtorisasyon sa pang-emergency na paggamit (emergency use authorization, EUA) ng bakuna laban sa COVID-19. Ako ay ang magulang o legal na tagapag-alaga ng batang binabanggit sa itaas, at pinapahintulutan ko ang pagbibigay ng bakuna laban sa COVID-19 sa aking anak. Nauunawaan ko ang mga benepisyo at panganib hinggil sa bakuna laban sa COVID-19. Nauunawaan ko na itatala ang impormasyon sa imunisasyon ng aking sa isang database, maliban pa sa paggamit ng mga medikal na provider at kawani ng paaralan.		
_____	_____	_____
<b>Pangalan ng Magulang/Tagapag-alaga (nakalimbag)</b>	<b>Lagda ng Magulang/Tagapag-alaga</b>	<b>Petsa</b>
_____	_____	_____
<b>Numero ng telepono</b>	<b>Email address</b>	

Para sa paggamit lang ng tanggapan (For office use only)				
Dose <input type="checkbox"/> 0.3 ml IM <input type="checkbox"/> _____	Site <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> LA	Manufacturer	Lot #	Exp
Date EUA info sheet given	Date EUA published	Appointment? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Appointment date	
Vaccinator name (printed)	Vaccinator signature		Date	

# Checklist Bago Magpabakuna Laban sa COVID-19



## Para sa mga magpapabakuna:

Ang mga sumusunod na tanong ay makakatulong sa aming malaman kung may anumang dahilan para hindi ka bigyan ng bakuna laban sa COVID-19 ngayong araw. **Ang pagsagot ng “oo” sa anumang tanong ay hindi nangangahulugang hindi ka dapat magpabakuna.** Ang ibig sabihin lang nito ay posibleng may mga itanong pa sa iyo. Kung hindi malinaw ang isang tanong, hilingin sa iyong provider ng pangangalagang pangkalusugan na ipaliwanag ito.

Pangalan \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

	Oo	Hindi	Hindi alam
1. Masama ba ang pakiramdam mo ngayong araw?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nakatanggap ka na ba ng dosis ng bakuna laban sa COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Kung oo, aling bakuna ang natanggap mo?                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Pfizer-BioNTech    <input type="checkbox"/> Moderna    <input type="checkbox"/> Janssen (Johnson &amp; Johnson)    <input type="checkbox"/> Iba Pang Produkto _____</li> </ul> </li> <li>Nakatanggap ka na ba ng kumpletong serye ng bakuna laban sa COVID-19? (ibig sabihin, 1 dosis ng Janssen o 2 dosis ng mRNA na bakuna [Pfizer-BioNTech, Moderna])?</li> <li>Dinala mo ba ang iyong card ng talaan sa pagpapabakuna o iba pang dokumentasyon?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nagkaroon ka na ba ng allergic na reaksyon sa:			
<i>(Kasama rito ang malalang allergic na reaksyon [hal., anaphylaxis] na kinailangang gamutin gamit ang epinephrine o EpiPen®, o na naging dahilan para maospital ka. Kasama rin dito ang allergic na reaksyong nagdulot ng pamamantal, pamamaga, o problema sa paghinga, kasama ang paghinga nang may tunog.</i>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sangkap ng bakuna laban sa COVID-19, pati sa isa sa mga sumusunod:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Polyethylene glycol (PEG), na nasa ilang gamot gaya ng mga pampadumi at preparation para sa mga procedure sa colonoscopy</li> <li>Polysorbate, na nasa ilang bakuna, tabletang may coat na gawa sa film, at intravenous na steroid</li> </ul> </li> <li>Nakaraang dosis ng bakuna laban sa COVID-19</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nagkaroon ka na ba ng allergic na reaksyon sa ibang bakuna (na bukod pa sa bakuna laban sa COVID-19) o isang itinuturok na gamot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>(Kasama rito ang malalang allergic na reaksyon [hal., anaphylaxis] na kinailangang gamutin gamit ang epinephrine o EpiPen®, o na naging dahilan para maospital ka. Kasama rin dito ang allergic na reaksyong nagdulot ng pamamantal, pamamaga, o problema sa paghinga, kasama ang paghinga nang may tunog.</i>			
5. Lagyan ng check ang lahat ng naaangkop sa iyo:			
<input type="checkbox"/> Babaeng may edad na 18 hanggang 49 na taon			
<input type="checkbox"/> Lalaking may edad na 12 hanggang 29 na taon			
<input type="checkbox"/> Nagkaroon na ng myocarditis o pericarditis			
<input type="checkbox"/> Nagkaroon na ng malalang allergic na reaksyon sa isang bagay na bukod pa sa bakuna o itinuturok na therapy gaya ng allergy sa pagkain, alagang hayop, kamandag ng hayop, paligid, o iniinom na gamot			
<input type="checkbox"/> Nagkaroon na ng COVID-19 at ginamot gamit ang mga monoclonal antibody o convalescent serum			
<input type="checkbox"/> Na-diagnose na may Multisystem Inflammatory Syndrome (MIS-C or MIS-A) pagkatapos mahawahan ng COVID-19			
<input type="checkbox"/> May problema sa pagdurugo			
<input type="checkbox"/> Gumagamit ng pampalabnaw ng dugo			
<input type="checkbox"/> May mahinang immune system (ibig sabihin, impeksyong dulot ng HIV, cancer) o gumagamit ng mga immunosuppressive na gamot o therapy			
<input type="checkbox"/> Nagkaroon na ng heparin-induced thrombocytopenia (HIT)			
<input type="checkbox"/> Buntis o nagpapasuso sa kasalukuyan			
<input type="checkbox"/> Nagpalagay na ng mga dermal filler			
<input type="checkbox"/> Nagkaroon na ng Guillain-Barré Syndrome (GBS)			