

Vắc-xin COVID-19

Mẫu Chấp thuận cho Trẻ em

Cha mẹ/Người giám hộ: Trả lời các câu hỏi sau để giúp chúng tôi tiêm vắc-xin COVID-19 cho con quý vị một cách an toàn. Vắc-xin được cung cấp miễn phí. Không cần mang theo ID hoặc bảo hiểm.

Thông tin về Trẻ			
Họ	Tên	Viết tắt tên đệm	Số điện thoại
Địa chỉ gửi thư	Thành phố	Tiểu bang	Mã bưu chính
Địa chỉ email	Ngày sinh	Tuổi	Quý vị có bảo hiểm sức khỏe không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Chủng tộc (chọn tất cả các câu phù hợp) <input type="checkbox"/> Người Mỹ Da đỏ hoặc Thổ dân Alaska <input type="checkbox"/> Người Châu Á <input type="checkbox"/> Người Mỹ Da đen hoặc người Mỹ gốc Phi <input type="checkbox"/> Người Hawaii Bản địa hoặc Cư dân trên đảo Thái Bình Dương Khác <input type="checkbox"/> Người da trắng <input type="checkbox"/> Khác _____ <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời	Dân tộc <input type="checkbox"/> Người Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> Không phải Người Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời	Giới tính khi sinh <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Nam	Nhận dạng giới tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Nam chuyển giới <input type="checkbox"/> Nữ chuyển giới <input type="checkbox"/> Phi nhị nguyên giới/phi nhị giới <input type="checkbox"/> Khác _____

Chữ ký của Cha mẹ/Người giám hộ		
<p>Tôi đã nhận được, đã đọc/đã được giải thích và hiểu từ thông tin cấp phép sử dụng khẩn cấp vắc-xin COVID-19 (EUA). Tôi là cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của trẻ nói trên và tôi cho phép con tôi tiêm vắc-xin COVID-19. Tôi hiểu những lợi ích và rủi ro của vắc-xin COVID-19. Tôi hiểu rằng thông tin tiêm chủng của con tôi sẽ được đưa vào cơ sở dữ liệu mà các nhà cung cấp dịch vụ y tế và nhân viên trường học khác sử dụng.</p>		
_____	_____	_____
Tên cha mẹ/người giám hộ (viết hoa)	Chữ ký của cha mẹ/người giám hộ	Ngày
_____	_____	_____
Số điện thoại	Địa chỉ email	

Chỉ để văn phòng sử dụng (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

Danh sách kiểm tra trước khi tiêm vắc xin đối với Vắc xin COVID-19



Đối với người tiêm vắc xin:

Các câu hỏi sau đây sẽ giúp chúng tôi xác định xem có bất kỳ lý do gì bạn không nên tiêm vắc xin COVID-19 hôm nay hay không. **Nếu bạn trả lời "có" trong bất kỳ câu hỏi nào, điều đó không nhất thiết có nghĩa là bạn không nên tiêm vắc xin.** Nó chỉ có nghĩa là bạn có thể được hỏi các câu hỏi bổ sung. Nếu câu hỏi không rõ ràng, vui lòng yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của bạn giải thích.

Họ tên _____

Tuổi _____

	Có	Không	Không biết
1. Hôm nay bạn có bị ốm không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bạn đã bao giờ nhận được một liều vắc xin COVID-19 chưa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nếu có, bạn đã nhận được sản phẩm vắc xin nào?			
<input type="checkbox"/> Pfizer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Moderna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Janssen (Johnson & Johnson)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sản phẩm khác _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bạn có mang theo phiếu tiêm chủng hoặc các giấy tờ khác không? (có/không)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bạn đã bao giờ có phản ứng dị ứng với: <i>(Sẽ bao gồm một phản ứng dị ứng nghiêm trọng [ví dụ: sốc phản vệ] yêu cầu điều trị bằng epinephrine hoặc EpiPen® hoặc khiến bạn phải đến bệnh viện. Cũng sẽ bao gồm một phản ứng dị ứng gây phát ban, sưng tấy hoặc suy hô hấp, bao gồm cả thờ khờ khờ.)</i>			
• Một thành phần của vắc xin COVID-19 bao gồm một trong những thành phần sau:			
o Polyethylene glycol (PEG), được tìm thấy trong một số loại thuốc, chẳng hạn như thuốc nhuận tràng và các chế phẩm cho quy trình nội soi đại tràng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Polysorbate, được tìm thấy trong một số vắc xin, viên nén bao phim và steroid tiêm tĩnh mạch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Một liều vắc xin COVID-19 trước đó.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bạn đã bao giờ bị phản ứng dị ứng với một loại vắc-xin khác (không phải vắc-xin COVID-19) hoặc thuốc tiêm chưa? <i>(Sẽ bao gồm một phản ứng dị ứng nghiêm trọng [ví dụ: sốc phản vệ] yêu cầu điều trị bằng epinephrine hoặc EpiPen® hoặc khiến bạn phải đến bệnh viện. Cũng sẽ bao gồm một phản ứng dị ứng gây phát ban, sưng tấy hoặc suy hô hấp, bao gồm cả thờ khờ khờ.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Chọn tất cả các câu phù hợp với bạn:			
<input type="checkbox"/> Là nữ từ 18 đến 49 tuổi			
<input type="checkbox"/> Nam từ 12 đến 29 tuổi			
<input type="checkbox"/> Có tiền sử viêm cơ tim hoặc viêm màng ngoài tim			
<input type="checkbox"/> Có phản ứng dị ứng nghiêm trọng với thứ gì đó không phải là vắc-xin hoặc liệu pháp tiêm như dị ứng thức ăn, vật nuôi, nọc độc, môi trường hoặc thuốc uống			
<input type="checkbox"/> Bị nhiễm COVID-19 và được điều trị bằng kháng thể đơn dòng hoặc huyết thanh dưỡng bệnh			
<input type="checkbox"/> Được chẩn đoán mắc Hội chứng Viêm đa hệ (MIS-C hoặc MIS-A) sau khi nhiễm COVID-19			
<input type="checkbox"/> Có hệ thống miễn dịch suy yếu (ví dụ, nhiễm HIV, ung thư) hoặc dùng thuốc hoặc liệu pháp ức chế miễn dịch			
<input type="checkbox"/> Bị rối loạn chảy máu			
<input type="checkbox"/> Dùng thuốc chống đông máu			
<input type="checkbox"/> Có tiền sử giảm tiểu cầu do heparin (HIT)			
<input type="checkbox"/> Hiện đang mang thai hoặc đang cho con bú			
<input type="checkbox"/> Đã được tiêm chất làm đầy da			
<input type="checkbox"/> Tiền sử Hội chứng Guillain-Barré (GBS)			

Biểu mẫu được xem xét bởi _____

Ngày _____