Форма согласия на прививку для ребенка и проведение

Tacoma-Pierce County Health Department
Healthy People in Healthy Communities

Родитель / законный представитель: Ответьте на эти вопросы, чтобы помочь нам узнать, какие прививки следует делать вашему ребенку. Мы предоставляем вам прививки бесплатно. Мы можем выставить счет за административный сбор в счет медицинской страховки вашего ребенка. Если страховка не покрывает этот сбор, мы не выставим вам счет. Если у вас появились вопросы, обращайтесь по телефону (253) 649-1412.

Фамилия	Имя		Средний инициал
Почтовый адрес	**Город**	**Штат**	**Почтовый индекс**
Пол, присвоенный при рождении	**Дата рождения**		**Возраст**
☐ женщина ☐ мужчина ☐ интерсексуал			

Медицинская страховка

- ☐ У моего ребенка нет медицинской страховки.
- ☐ Медицинская страховка моего ребенка не покрывает стоимость прививок.
- ☐ У моего ребенка есть государственная страховка, такая как Medicaid, Healthy Options, Molina, Basic Health Plan или купоны.
- ☐ у моего ребенка есть CHIP медицинская страховка.
- ☐ У моего ребенка есть индивидуальная медицинская страховка.
- ☐ Мой ребенок является американским индейцем или представителем коренного населения Аляски.

Поставьте галочку для ответа на каждый вопрос.	Yes	No
1. Болен ли ваш ребенок сегодня?	☐	☐
2. Есть ли у вашего ребенка хронические заболевания (например, диабет, заболевания сердца, легких, астма, заболевания крови и т. д.)?	☐	☐
3. Страдает ли ваш ребенок аллергией на какие-либо лекарственные препараты, латекс, продукты питания, яйца или компоненты вакцин?	☐	☐
4. Сталкивался ли ваш ребенок с сильной реакцией на прививку?	☐	☐
5. Были ли у вашего ребенка проблемы с мозгом или другими нервными системами (например, судороги и т. д.)?	☐	☐
6. Наблюдался ли у вашего ребенка синдром Гийена-Барре после прививок?	☐	☐
7. Есть ли у вашего ребенка проблемы с иммунной системой (например, рак, лейкемия, СПИД и т. д.)?	☐	☐
8. Принимал ли ваш ребенок за последние 3 месяца лекарства, ослабляющие его иммунную систему (например, кортизон, стероиды, противоопухолевые препараты, рентгенотерапию и т. д.)?	☐	☐
9. Делали ли вашему ребенку в прошлом году переливание крови или продуктов крови, вводили ли ему иммунный (гамма-)глобулин или противовирусный препарат?	☐	☐
10. Ваш ребенок беременный или может забеременеть в следующем месяце?	☐	☐
11. Прививался ли ваш ребенок какой-либо вакциной за последние 4 недели?	☐	☐

Подпись родителя / законного представителя

Мне предоставили информационный бюллетень вакцины, объясняющий преимущества и риски этих прививок. Я являюсь родителем или законным опекуном вышеупомянутого ребенка и даю свое разрешение на получение вакцины моим ребенком. Я понимаю, что информация о вакцинации моего ребенка будет введена в электронную базу данных, к которой имеют доступ другие поставщики медицинских услуг.

_____	_____	_____	_____
Подпись	Дата	Имя	Телефон