Форма згоди на щеплення дитини та форма для скринінгу

Tacoma-Pierce County Health Department
Healthy People in Healthy Communities

Батько/мати/опікун: Дайте відповідь на ці запитання, щоб допомогти нам дізнатися, які вакцини потрібно зробити вашій дитині. Ми надаємо вакцини безкоштовно для вас. Ми можемо стягувати адміністративний збір із медичного страхування вашої дитини. Якщо страховка не покриває цієї суми, ми не виставлятимемо вам рахунок. Якщо у вас є питання, зателефонуйте (253) 649-1412.

Прізвище	Ім'я		По батькові
Електронна пошта	**Місто**	**Штат**	**Поштовий індекс**
Стать при народженні	**День народження**		**Вік**
☐ жінка ☐ чоловік ☐ інтерсексуал			

Медична страховка

- ☐ У моєї дитини немає медичної страховки.
- ☐ Медична страховка моєї дитини не покриває щеплення.
- ☐ Моя дитина має державну страховку, таку як Medicaid, Healthy Options, Molina, Basic Health Plan або купони.
- ☐ Моя дитина має CHIP медичну страховку.
- ☐ Моя дитина має приватну медичну страховку.
- ☐ Моя дитина — американський індіанець чи корінний житель Аляски.

Встановіть прапорець для кожного питання.	Yes	No
1. Ваша дитина сьогодні хвора?	☐	☐
2. Чи є у вашої дитини хронічне захворювання (наприклад, діабет, хвороби серця, хвороби легень, астма, хвороби крові тощо)?	☐	☐
3. Чи є у вашої дитини алергія на якісь ліки, латекс, продукти харчування, яйця чи компоненти вакцини?	☐	☐
4. Чи була у вашої дитини серйозна реакція на щеплення?	☐	☐
5. Чи були у вашої дитини проблеми з мозком або інші проблеми нервової системи (наприклад, судоми тощо)?	☐	☐
6. Чи був у вашої дитини синдром Гієна-Барре після щеплення?	☐	☐
7. Чи є у вашої дитини проблеми з імунною системою (наприклад, рак, лейкемія, СНІД тощо)?	☐	☐
8. Чи приймала ваша дитина за останні 3 місяці ліки, що послаблюють її імунну систему (наприклад, кортизон, стероїди, протиракові препарати, рентгенологічне лікування тощо)?	☐	☐
9. За останній рік вашій дитині переливали кров чи продукти крові, імуноглобулін (гама) чи противірусний препарат?	☐	☐
10. Ваша дитина вагітна чи може вона завагітніти наступного місяця?	☐	☐
11. Чи робила ваша дитина якісь щеплення за останні 4 тижні?	☐	☐

Підпис батька/матері/опікуна

Мені надали інформаційний бюлетень про щеплення (VIS), який пояснює переваги та ризики цих вакцин. Я є батьком/матір'ю або законним опікуном вищезгаданої дитини і даю свій дозвіл на щеплення моєї дитини. Я розумію, що інформацію про щеплення моєї дитини буде внесено до електронної бази даних, до якої можуть отримати доступ інші постачальники медичних послуг.

_____	_____	_____	_____
Підпис	Дата	Ім'я	Телефон