Indiana Immunization Coalition (IIC) – Registration and Consent Form

French

6919 E 10th Street, Suite C2, Indianapolis, IN 46219

Remplissez le formulaire suivant pour la personne qui se fait vacciner :

Nom du PATIENT : PRÉNOM _____ DEUXIÈME PRÉNOM _____NOM DE FAMILLE _____

Date de naissance :_/_____/_____ Âge : _____ Sexe : □ F □ M Ethnicité : □ Hispanique/Latino □ Non Hispanique/Latino

Race : (Cochez toutes les cases correspondantes) □ Indien(e) d'Amérique/Alaska □ Asiatique □ Noir(e) □Natif(ve) Hawaïen(ne)/Insulaire du Pacifique □ Blanc(che) □ Inconnu(e)

Numéro de téléphone (_____) _____- _____ Adresse électronique : _____

Adresse postale : _____ Ville : _____ État : _____ Code postal : _____

Nom complet du parent/tuteur : _____

Statut d'assurance (Case à cocher)

□ **PAS D'ASSURANCE**

□ **MEDICAID/MEDICARE** □ HHW □ HCC □ HIP □ CHIP

Société : _____ Medicaid # : _____ □ Je ne sais pas

□ **ASSURANCE PRIVÉE ou COMMERCIALE (PAS MEDICAID)**

Compagnie d'assurance : _____ Pièces d'identité de la police d'assurance :_____ Groupe # : _____(le cas échéant)

Nom du titulaire de la police d'assurance : _____ Date de naissance du titulaire : ___/___/___ Relation entre le titulaire de la police d'assurance et le patient :

Questions pour la personne qui se fait vacciner :

	(no) (yes)
1. La personne qui doit être vaccinée est-elle malade aujourd'hui ? Si oui, quels sont ses symptômes ?	□ Non □Oui
2. La personne à vacciner a-t-elle des allergies aux médicaments, aux aliments, à un composant du vaccin ou au latex ? Veuillez énumérer les allergies :	□ Non □Oui
3. La personne à vacciner a-t-elle déjà eu une réaction grave à un vaccin dans le passé ? Si oui, veuillez expliquer :	□ Non □Oui
4. La personne à vacciner a-t-elle déjà souffert du syndrome de Guillian-Barre (SGB) ?	□ Non □Oui
5. La personne à vacciner a-t-elle un problème de santé à long terme avec une maladie cardiaque, une maladie pulmonaire, de l'asthme, une maladie rénale, une maladie métabolique (par exemple le diabète), l'anémie ou d'autres troubles sanguins ?	□ Non □Oui
6. La personne à vacciner a-t-elle un cancer, une leucémie, le SIDA ou tout autre problème du système immunitaire ?	□ Non □Oui
7. La personne à vacciner prend-elle du cortisone, de la prednisone, d'autres stéroïdes ou des médicaments anticancéreux, ou a subi des traitements radiologiques contre le cancer ?	□ Non □Oui
8. La personne à vacciner a-t-elle eu une crise, un problème cérébral ou un autre problème du système nerveux ?	□ Non □Oui
9. La personne qui doit être vaccinée fume-t-elle ?	□ Non □Oui
10. Au cours de l'année écoulée, la personne à vacciner a-t-elle reçu une transfusion de sang ou de produits sanguins, ou a-t-elle reçu un médicament appelé immunoglobuline (gamma) ?	□ Non □Oui
11. Pour les femmes : La personne à vacciner est-elle enceinte ou risque-t-elle de l'être d'ici le mois prochain ?	□ Non □Oui
12. La personne à vacciner a-t-elle reçu des vaccins au cours des 4 dernières semaines ?	□ Non □Oui

En signant ci-dessous, je consens à l'utilisation et à la divulgation des informations personnelles sur ma santé ou celle de mon enfant aux fins des prestations de soins de santé, ainsi qu'à la cession à VaxCare de tous les paiements de l'assureur mentionné ci-dessus pour les services rendus.

Signature : X_____ **Date :**_____

Consentement à l'utilisation des informations de santé protégées et affectation des demandes de remboursement : Par la présente, je consens et j'accuse réception d'un avis de pratiques de confidentialité concernant l'utilisation et la divulgation de mes renseignements médicaux personnels aux fins des prestations de soins de santé, ainsi que la cession à émetteur de factures tiers de tous les paiements de l'assureur mentionné ci-dessus associés aux services envisagés dans le présent document. Autorisation de vaccin : Ma signature sur ce formulaire indique que j'ai demandé que le vaccin indiqué ci-dessous me soit administré ou soit administré à une personne à ma charge par un représentant de émetteur de factures tiers. Je décharge émetteur de factures tiers, le partenaire, l'administrateur et le personnel de émetteur de factures tiers de toute responsabilité pour les réactions qui pourraient survenir. Je renonce inconditionnellement et irrévocablement à tout droit à un procès devant jury, dans la mesure maximale autorisée par la loi, pour toute réclamation ou action découlant de, ou liée à ce service, et que toute réclamation ou action de la sorte sera déterminée uniquement sur une base individuelle par arbitrage conformément aux règles d'arbitrage commerciales de l'American Arbitration Association.

Ni émetteur de factures tiers ni moi-même n'a le droit de joindre ou de combiner des réclamations dans le cadre d'un arbitrage par ou contre d'autres individus ou entités, ou d'arbitrer toute réclamation en tant que membre représentatif d'un groupe ou en qualité de procureur général privé. En cas d'exposition professionnelle,émetteur de factures tiers dispose de l'autorisation du patient pour les tests sanguins, tant pour la sécurité du patient que pour celle de l'employé. J'ai lu ou me suis fait expliquer les informations contenues dans la ou les fiches d'information sur les vaccins et je comprends les risques (y compris les effets indésirables) et les avantages du ou des vaccins. Si je donne mon consentement pour une autre personne, j'ai l'autorité légale, en fonction de ma relation avec la personne indiquée ci-dessus, de consentir à l'administration de ce(s) vaccin(s).

Je consens à ce que moi-même ou mon enfant reçoive toutes les vaccinations recommandées qui sont dues à ce moment. Si je souhaite refuser un vaccin particulier, je téléphonerai au 317-628-7116 ou j'enverrai un courriel à clinic@vaccinateindiana.org. Vaccins pouvant être administrés en fonction du carnet de vaccination de vous/votre enfant : DTaP, Tdap, Hépatite A, Hépatite B, HIB, Polio, Rotavirus, Pneumocoque, Influenza, MMR, Virus du papillome humain, Méningite, Varicelle, RSV, Covid -19

Signature : X_____ **Date :** _____

Signature du parent/tuteur requise si vous avez moins de 18 ans

Updated 2/20/2024 SJ

INDIANA IMMUNIZATION COALITION

Indiana Immunization Coalition (IIC) – Registration and Consent Form

6919 E 10th Street, Suite C2, Indianapolis, IN 46219

French

CLINIC USE ONLY *Note any vaccine refusals next to vaccine name*				
Vaccine	**VIS**	**MANUFACTURER/LOT #/ EXP DATE**	**INJECTION SITE**	**ROUTE**
Dtap	8/6/21		□ L arm □ R arm □ L thigh □ R thigh	□ IM
Dtap/IPV	8/6/21		□ L arm □ R arm □ L thigh □ R thigh	□ IM
Dtap/Hep B/IPV	5/12/23		□ L arm □ R arm □ L thigh □ R thigh	□ IM
Dtap/Hib/IPV	10/15/21		□ L arm □ R arm □ L thigh □ R thigh	□ IM
Dtap/IPV/Hib/HepB	5/12/23		□ L arm □ R arm □ L thigh □ R thigh	□ IM
Hep A □ adult □ pediatric	10/15/21		□ L arm □ R arm □ L thigh □ R thigh	□ IM
Hep B □ adult □ pediatric	5/12/23		□ L arm □ R arm □ L thigh □ R thigh	□ IM
Hib	8/6/21		□ L arm □ R arm □ L thigh □ R thigh	□ IM
HPV	8/6/21		□ L arm □ R arm	□ IM
Influenza	8/6/21		□ L arm □ R arm □ L thigh □ R thigh	□ IM
MCV4	8/6/21		□ L arm □ R arm	□ IM
Men B	8/6/21		□ L arm □ R arm	□ IM
MMR	8/6/21		□ L arm □ R arm □ L thigh □ R thigh	□ SC
MMRV	8/6/21		□ L arm □ R arm □ L thigh □ R thigh	□ SC
Pneumococcal	5/12/23		□ L arm □ R arm □ L thigh □ R thigh	□ IM
Polio	8/6/21		□ L arm □ R arm □ L thigh □ R thigh	□ IM □ SC
Rotavirus	10/15/21			□ PO
RSV	10/19/23		□ L arm □ R arm	□ IM
Tdap	8/6/21		□ L arm □ R arm	□ IM
Varicella	8/6/21		□ L arm □ R arm □ L thigh □ R thigh	□ SC
Zoster	2/4/22		□ L arm □ R arm	□ IM
Covid-19	10/19/23		□ L arm □ R arm	□ IM

VACCINATOR NAME AND CREDENTIALS: _____ DATE: _____

Checked out in third party biller on: _____ Initials: _____