Russian

Коалиция по иммунизации штата Индиана, IIC — Форма регистрации и согласия

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

Заполните следующие сведения о человеке, проходящем вакцинацию:

Официальное имя пациента: Имя: _____ Отчество: _____ Фамилия: _____

Предпочитаемое имя (*если применимо*): _____ **Род занятий** (*если применимо*): _____

Номер телефона: (_____) - _____ - _____ **Дата рождения:** _____ /_____/_____ **Возраст:** _____

Пол (указанный при рождении): □ Ж □ М **Местоимения:** _____

Почтовый адрес: _____ **Город:** _____ **Штат:** _____ **Индекс:** _____

Раса: (выберите все подходящие варианты) □Американский индеец/коренной житель Аляски □Азиат □Темнокожий □Коренной житель Гавайских островов/островов Тихого океана □Белый □Другое _____

Национальность: □ испаноговорящий/латиноамериканец □ не испаноговорящий/латиноамериканец

Полное имя родителя/опекуна: _____

Для учащихся: Название школы: _____ Класс: _____

Страховой статус (отметьте галочкой)

□ НЕТ СТРАХОВКИ

□ MEDICAID □ HHW □ HCC □ HIP □ CHIP Компания: _____ Идентификационный номер Medicaid: _____	□ MEDICARE Идентификационный номер Medicare: _____ Идентификационный номер члена / группы (если применимо): _____

□ ЧАСТНАЯ или КОММЕРЧЕСКАЯ СТРАХОВКА (НЕ MEDICAID) *Если возможно, приложите к форме копию карточки*

Компания: _____ Номер полиса/члена: _____ Номер группы: _____

Имя держателя полиса: _____ Дата рождения держателя полиса: ____/_____/_____

Отношения держателя полиса с пациентом: _____

Медицинская анкета для вакцинируемого:

	(no) (yes)
1. Больны ли вы сегодня?	□ Нет □ Да
2. Есть ли у вас аллергия на лекарственные препараты, продукты питания, компонент вакцины или латексные изделия? Укажите виды аллергии при наличии:	□ Нет □ Да
3. У вас когда-нибудь возникала серьезная реакция на прививку? Если да, расскажите подробнее:	□ Нет □ Да
4. У вас когда-нибудь диагностировали синдром Гийена — Барре (СГБ)?	□ Нет □ Да
5. Есть ли у вас хронические заболевания сердца, легких или почек, нарушения обмена веществ (например, диабет) или другие заболевания кровеносной системы (например, нарушения свертывания крови, серповидноклеточная анемия)?	□ Нет □ Да
6. Есть ли у вас онкологические заболевания, лейкемия, СПИД или другие нарушения иммунной системы?	□ Нет □ Да
7. У вас когда-нибудь были эпилептические приступы или другие нарушения работы мозга / нервной системы?	□ Нет □ Да
8. Вы принимаете кортизон, преднизон, другие стероидные или противоопухолевые препараты или проходили лучевую терапию от онкологического заболевания?	□ Нет □ Да
9. Для женщин — вы беременны или можете забеременеть в течение следующего месяца?	□ Нет □ Да
10. Вы курите (в том числе электронные сигареты)? Курили ли вы когда-нибудь (в том числе электронные сигареты)?	□ Нет □ Да
11. За последний год вам делали переливание крови или ее компонентов или вводили иммуноглобулины (гамма-глобулин) или противовирусный препарат?	□ Нет □ Да
12. За последние 4 недели вам делали какие-либо прививки?	□ Нет □ Да

Коалиция по иммунизации штата Индиана, IIC — Форма регистрации и согласия

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

Заявления о согласии

Согласие на использование защищенной медицинской информации и передачу страхового возмещения: настоящим я подтверждаю согласие с и принимаю положения Уведомления о порядке обращения с личной информацией в отношении использования и раскрытия моих персональных данных о состоянии здоровья в целях проведения медицинских процедур, а также согласие на передачу в полном объеме третьей стороне оплаты, полученной от указанной выше страховой организации, по счету за оказание услуг, предусмотренных настоящим документом.

***Подпись: X _____ Дата: _____**

Для лиц младше 18 лет необходима подпись родителя/опекуна

Уполномочивание на введение вакцины: моя подпись в настоящей форме означает, что нижеуказанная вакцина вводится мне или моему иждивенцу представителем Indiana Immunization Coalition (Коалиция по иммунизации штата Индиана, IIC) по моему запросу. В случае возникновения любых реакций третья сторона, выставляющая счет, IIC, лицо, осуществляющее введение вакцины, и иной персонал освобождаются от любой ответственности. Я безусловно и безоговорочно отказываюсь от любых прав на суд присяжных в той мере, в которой это разрешено законом, по любым претензиям или искам вследствие или в связи с оказанием услуг, предусмотренных настоящим документом. Любая подобная претензия или иск рассматриваются исключительно в индивидуальном порядке путем арбитражного разбирательства в соответствии с Правилами коммерческого арбитража, установленными Американской арбитражной ассоциацией (American Arbitration Association).
Ни одна из сторон, каковыми являюсь я, IIC и третья сторона, выставляющая счет, не имеет права вступать в арбитражное разбирательство по искам от или против других лиц или организаций путем присоединения к иску или подачи самостоятельного иска с целью объединения производства по нескольким искам, а также подавать любые арбитражные иски в качестве представителя группы истцов или адвоката, защищающего публичные интересы. В случае контакта персонала IIC с кровью пациента в ходе исполнения профессиональных обязанностей пациент дает IIC разрешение на проведение анализа крови для защиты здоровья как пациента, так и сотрудников.

Я прочитал(-а) или получил(-а) разъяснения сведений, содержащихся в Информационном бюллетене (бюллетенях) вакцины (вакцин) и понимаю риски (включая нежелательные реакции) и благоприятные эффекты от введения вакцины (вакцин). В случае дачи согласия от имени другого лица я, на основании характера отношений с вышеуказанным лицом, обладаю соответствующими законными полномочиями дать согласие на введение вакцины (вакцин).

Я даю согласие на введение мне / моему ребенку всех рекомендуемых вакцин, необходимых в данный момент согласно графику вакцинации. Если я хочу отказаться от конкретной вакцины (вакцин), я позвоню по телефону 317-628-7116, напишу на адрес электронной почты clinic@vaccinateindiana.org или обращусь к ответственному лицу выездного мероприятия на месте проведения.
С учетом вашей карты вакцинации или карты вакцинации вашего ребенка могут быть введены вакцины от следующих инфекций: коклюш+дифтерия+столбняк (вакцина DTaP/Tdap), гепатит A, гепатит B, гемофильная палочка типа b (Hib), вирус папилломы человека (ВПЧ), грипп, корь+эпидемический паротит+краснуха (вакцина MMR), менингит, полиомиелит, пневмония, ротавирусная инфекция, респираторно-синцитиальный вирус человека (РСВ), ветряная оспа, опоясывающий герпес и/или Covid-19.

***Подпись: X _____ Дата: _____**

Для лиц младше 18 лет необходима подпись родителя/опекуна

Russian

Коалиция по иммунизации штата Индиана, IIC — Форма регистрации и согласия

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

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: _____

Updated: 20.02.2024 SJ