INDIANA IMMUNIZATION COALITION

Indiana Immunization Coalition (IIC) – Registration and Consent Form

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

ከታች የተጠየቁትን መረጃዎች ክትባት ለሚሰጠው ሰው ያስገቡ፡-

የታካሚው ሕጋዊ ስም፡- መጠሪያ ስም _____ የአባት ስም _____ የአያት ስም፡-_____

የተመረጠ ስም (አማባብ ከሆነ)፡- _____ **የሙያ ዘርፍ** (አማባብ ከሆነ)፡- _____

ስልክ ቁጥር፡- (_____) - _____ - _____ **የትውልድ ቀን፡-** _____ /_____/_____ **ዕድሜ፡-** _____ **ፆታ** (ሲወለዱ የተመደበልዎ ፆታ)፡- □ ሴ □ ወ **ተውላጠ ስሞች፡-** _____

የፖስታ አድራሻ፡- _____ **ከተማ፡-** _____ **እስቴት፡-** _____ **ዚፕ ኮድ፡-** _____

ዘር፡- (አማባብ የሆኑት ላይ በሙሉ ምልክት ያድርጉ) □ ኔቲቭ ሕንድ/የአላስካ ኔቲቭ □እስያዊ □ጥቁር □ኔቲቭ ሃዋዪያን/ፓሲፊክ አይላንደር □ነጭ □ሌላ

ብሔር፡- □ ሂስፓኒክ/ላቲኖ □ ሂስፓኒክ/ላቲኖ አይደለሁም **የወላጅ/አሳዳጊሙሉ ስም፡-** _____ ለተማሪዎች፡-

የትምህርት ቤት ስም፡- _____ የክፍል ደረጃ፡- _____

የመድኃን ሁኔታ (አመልካች ሳጥን)

□ መድኃን የለውም/የላትም

□ MEDICAID □ HHW □ HCC □ HIP □ CHIP ኩባንያ፡- _____ የMedicaid ቁጥር፡- _____	□ MEDICARE የMedicare ቁጥር፡- _____ የአባል መታወቂያ / የቡድን ቁጥር (አማባብ ከሆነ)፡- _____

□ የግል ወይም የንግድ መድኃን (MEDICAID ያልሆነ) ከተቻለ የካርዱን ቅጂ ከቅፁ ጋር ተያያዥ ያድርጉ

ኩባንያ፡- _____ ፖሊሲ/የአባል መታወቂያ፡- _____ የቡድን ቁጥር፡- _____

የፖሊሲው ባለቤት ስም፡- _____ የፖሊሲው ባለቤት የትውልድ ቀን፡- ____/_____/_____

የፖሊሲው ባለቤት ከታካሚው ጋር ያለው ዝምድና/ግንኙነት፡- _____

ክትባት ለሚሰጠው ሰው የሚቀርቡ የጤና ማጣሪያ ጥያቄዎች፡-

	(no) (yes)
1. ዛሬ ታምመዋል?	□ አይ □ አዎ
2. ለመድኃኒቶች፣ ለምግቦች፣ ለክትባት ንጥረ ነገሮች ወይም ለላቴክስ አለርጂዎች አሉዎት? እባክዎ አለርጂዎቹን ከታች ይዘርዝሩ፡-	□ አይ □ አዎ
3. ክትባት ከወሰዱ በኋላ አደገኛ ምልክቶችን ያዩባቸው አጋጣሚዎች ነበሩ? መልስዎ አዎ ከሆነ፣ እባክዎ ማብራሪያ ይስጡበት፡-	□ አይ □ አዎ
4. የጁሊያን-ባሬ ሲንድረም (GBS) ኖሮብዎት ያውቃል?	□ አይ □ አዎ
5. ለረዥም ጊዜ የቆየ የልብ፣ የሳንባ ወይም የኩላሊት በሽታ ወይም እንደ ስኳር በሽታ ያለ የሰውነት ሜታቦሊዝም በሽታ ወይም ደግሞ እንደ ደም መርጋት ችግር እና/ወይም ሲክል ሴል ያሉ ሌሎች የደም በሽታዎች አሉብዎት?	□ አይ □ አዎ
6. ካንሰር፣ ሉኪሚያ፣ ኤድስ ወይም በሽታ የመከላከል አቅም የሚያዳክም በሽታ ስጋት አለብዎት?	□ አይ □ አዎ
7. የሚጥል በሽታ ወይም የአእምሮ ወይም ሌላ የነርቭ ሥርዓት ችግር ነበረብዎት?	□ አይ □ አዎ
8. የኮርቲዞን፣ ፕሪድኒሶን ወይም ሌሎች የስቴሮይድ ወይም የካንሰር መከላከያ መድኃኒቶችን እየወሰዱ ወይም ከዚህ ቀደም ለካንሰር ሕክምና የወሰዷቸው የኤክስሬይ ሕክምናዎች አሉ?	□ አይ □ አዎ
9. ለሴቶች፡- ግለሰቧ በአሁኑ ጊዜ ነፍሰ ጡር ናት ወይም በቀጣዩ ወር ውስጥ ነፍሰ ጡር ልትሆን የምትችልበት አጋጣሚ አለ?	□ አይ □ አዎ
10. ሲጋራ ወይም ቬፕ ያጨሳሉ? ሲጋራ ወይም ቬፕ አጭሰው ያውቃሉ?	□ አይ □ አዎ
11. ባለፈው አንድ ዓመት ውስጥ የደም ወይም የደም ምርቶች ዝውውር ተሰጥቶዎት ወይም የበሽታ መከላከያ (ጋማ) ግሎቢውሊን ወይም ፀረ-ቫይረስ መድኃኒት ተሰጥቶዎት ያውቃል?	□ አይ □ አዎ
12. ባለፉት 4 ሳምንታት ውስጥ የተሰጡዎት ክትባቶች አሉ?	□ አይ □ አዎ

Indiana Immunization Coalition (IIC) – Registration and Consent Form

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

ደህንነታቸው የተጠበቀ የጤና መረጃዎችን ለመጠቀም እና የዕዳ ክፍያ የመጠየቅ መብት ለማዘዋወር ፈቃድ መስጫ፡- የግላዊነት ማስታወቂያ መቀበሌን በዚህ እስማማለሁ እና እውቅና እሰጣለሁ
የግል የጤና መረጃዬን ለጤና አጠባበቅ ሥራዎች ዓላማ ለመጠቀም እና ለማሳወቅ የሚደረጉ ልምምዶች፣ ከዚህ በላይ ከተዘረዘሩት የመድሕን ሰጪሁሉንም ክፍያ በዚህ ውስጥ ከተመለከቱት አገልግሎቶች ጋር ለተያያዙ የሦስተኛ ወገን ክፍያ አቅራቢዎች መስጠት።

***ፊርማ፡- X** _____ **ቀን፡-** _____

ከ*18* ዓመት በታች ከሆኑ የወላጅ/አሳዳጊ ፊርማ ያስፈልጋል

የክትባት ፈቃድ መስጫ፡- በዚህ ቅፅ ላይ ያሰፈርኩት ፊርማ ከታች የተጠቀሰው ክትባት ለእኔ ወይም ለጥገኛዬ በIndiana Immunization Coalition (IIC) ተወካይ እንዲሰጥ መጠየቄን ያመላክታል። ሦስተኛ ወገን ክፍያ አስፈጻሚውን፣ IIC፣ ክትባት ሰጪውን ሰው እና ሠራተኛ
ሊያጋጥሙ ከሚችሉ ማናቸውም ዓይነት የጎንዮሽ ጉዳቶች ተጠያቂነት ነፃ አድርጌያለሁ። ከዚህ አገልግሎት ወይም ከዚህ አገልግሎት ጋር ተያይዞ ህግ በሚፈቅደው ከፍተኛ መጠን
ለሚጠየቅ ማንኛውም ይግባኝ ወይም ለሚወሰድ እርምጃ በዳኞች ችሎት የማግኘት ማንኛውንም መብት ያለ ምንም ቅድመ ሁኔታ እና በማይሻር ሁኔታ ትቼያለሁ፣
እንዲህም ዓይነቱ ይግባኝ ወይም እርምጃ በAmerican Arbitration Association (አሜሪካ የዳኝነት ማኅበር) የንግድ ዳኝነት ሕጎች መሰረት በግለሰብ ደረጃ ውሳኔ የሚተላለፍበት ይሆናል።
እኔ ወይም IIC ወይም የሦስተኛ ወገን ክፍያ አስፈጻሚው በሌሎች ግለሰቦች ወይም ተቋማት ላይ ወይም በእነሱ የሚጠየቁ የዳኝነት ይግባኞችን የመቀላቀል ወይም የመዋሃድ ወይም ደግሞ የአንድ ቡድን ተወካይ አባል በመሆን ወይም የግል ጠበቃ በመሆን ማናቸውንም የይግባኝ ጥያቄዎች የመዳኘት መብት አይኖረንም። ባለሙያ ተጋላጭ በሚሆን ጊዜ ለታካሚው እንዲሁም ለሠራተኛ የጋራ ደኅንነት ሲባል IIC የደም ምርመራ እንዲያደርግ ታካሚው ፈቃድ ሰጥተውታል።

የክትባት መረጃ መግለጫውን/ዎቹን አንብቤያለሁ ወይም ደግሞ በውስጡ ያሉ መረጃዎች እንዲብራሩልኝ አድርጌያለሁ፣ የጎንዮሽ ጉዳቶችንጨምሮ ከክትባቱ/ቶቹ ጋር ተያይዞ የሚኖሩ ስጋሮችን እና የሚገኙ ጥቅሞችን ተረድቼያለሁ። ፈቃድ እየሰጠሁ ያለሁት ለሌላ ሰው ከሆነ፣ ከላይ በተመላከተው መሠረት
ከግለሰቡ ጋር ካለኝ ግንኙነት በመነሳት ክትባቱ እንዲሰጥ ፈቃድ የመስጠት ሕጋዊ ሥልጣን አለኝ።

በዚህ ጊዜ እንዲሰጡየሚመከሩ ሁሉም ክትባቶች ለእኔ/ለልጄ እንዲሰጡፈቃድ እሰጣለሁ። ማንኛውንም ዓይነት ክትባት/ቶች መውሰድ ካልፈለግኩ ወደ 317-628-7116 እደውላለሁ፣ ለclinic@vaccinateindiana.org ኢሜይል አደርጋለሁ ወይም በአካል ከሚገኝ የክሊኒክ ኃላፊ ጋር እወያያለሁ።
በእርስዎ/በልጅዎ የክትባት መዝገብ መሠረት ሊሰጡ የሚችሉ ክትባቶች፡- ዲ.ቲ.ኤ.ፒ/ቲ.ዲ.ኤ.ፒ፣ ሄፒታይተስ ኤ፣ ሄፒታይተስ ቢ፣ ኤሞፊሊስ ኢንፍሉዌንዛ ታይፕ ቢ (HiB)፣ ሂውማን ፓፒሎማ ቫይረስ (HPV)፣ ኢንፍሉዌንዛ፣ ኤም.ኤም.አር፣ ማጅራት ገትር፣ ፖሊዮ፣ ኒሞኒያ፣ ሮታ ቫይረስ፣ ሪስፓራቶሪ ሲንሲሻል ቫይረስ (RSV)፣ ቫሪሴላ፣ ዞስተር እና/ወይም ኮቪድ-19።

***ፊርማ፡- X** _____ **ቀን፡-** _____

ከ*18* ዓመት በታች ከሆኑ የወላጅ/አሳዳጊ ፊርማ ያስፈልጋል

Amharic

INDIANA IMMUNIZATION COALITION

Indiana Immunization Coalition (IIC) – Registration and Consent Form

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: _____

2/20/24 Updated SJ