INDIANA IMMUNIZATION COALITION

ائتلاف ایمن سازی اندیانا (IIC) - فورم ثبت نام و رضایت

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

موارد زیر را برای فردی که واکسین می‌شود تکمیل کنید:

اسم قانونی مریض: اسم کوچک _____ وسط _____ تخلص: _____

نام انتخابی (در صورت وجود): _____ شغل (در صورت وجود): _____

شماره تلیفون: (_____) - _____ - _____ تاریخ تولد: _____ /_____/_____ سن: _____ جنسیت (تعیین شده در تولد): □ مونث □ مذکرضمایر: _____

آدرس پستی: _____ شهر: _____ ایالت: _____ کود پستی: _____

نژاد: (تمام مواردی را که صدق می‌کند نشانی کنید) □ سرخپوست آمریکایی/بومی آلاسکا □آسیایی □سیاه پوست □بومی هاوایی/جزیره پاسیفیک □سفید □سایر _____

قومیت: □ اسپانیایی/لاتین □ غیر اسپانیایی/لاتین اسم مکمل والدین / سرپرست: _____

برای شاگردان: نام مکتب: _____ سطح صنف: _____

وضعیت بیمه (چک باکس)

□ بدون بیمه

□ MEDICARE شماره مدیکیر: _____ کارت عضویت / شماره گروپ (در صورت وجود): _____	□ CHIP □ HIP □ HCC □ HHW MEDICAID شرکت: _____ شماره مدیکید: _____

□ بیمه خصوصی یا تجاری (غیر MEDICAID) در صورت امکان یک کاپی از کارت را با فورم ضمیمه کنید

شرکت: _____ قرارداد بیمه/کارت عضویت: _____ شماره گروپ: _____

اسم دارنده قرارداد بیمه: _____ تاریخ تولد دارنده قرارداد بیمه: _____/_____/_____

رابطه دارنده قرارداد بیمه با مریض: _____

سوالات معاینه صحی برای فردی که واکسین می‌شود:

(yes) (no)	
□ نخیر □ بله	1. آیا امروز مریض هستید؟
□ نخیر □ بله	2. آیا به دوا، غذاها، مواد تشکیل دهنده واکسین یا لیتکس حساسیت دارید؟ لطفاً حساسیت‌ها را لیست کنید:
□ نخیر □ بله	3. آیا تا به حال پس از دریافت واکسین عکس العمل جدی داشته اید؟ اگر بله، لطفاً توضیح دهید:
□ نخیر □ بله	4. آیا تا به حال به سندرم گیلن باره (GBS) مبتلا بوده اید؟
□ نخیر □ بله	5. آیا مشکل صحی قلبی، ریوی یا کلیوی، بیماری متابولیک (مثلاً دیابت) طولانی مدت یا سایر اختلالات خونی (مانند اختلال لخته شدن خون، سلول داسی شکل) دارید؟
□ نخیر □ بله	6. آیا سرطان، لوکیمیا، ایدز یا هر گونه نگرانی دیگر در سیستم ایمنی دارید؟
□ نخیر □ بله	7. آیا مرگی یا مشکل مغزی یا سیستم عصبی دیگری داشته اید؟
□ نخیر □ بله	8. آیا کورتیزون، پردنیزون، سایر استروئیدها یا دواهای ضد سرطان مصرف می‌کنید، یا معالجه اشعه ایکس برای سرطان انجام داده‌اید؟
□ نخیر □ بله	9. برای خانم ها- آیا فرد باردار است یا احتمال باردار شدن در یک ماه آینده وجود دارد؟
□ نخیر □ بله	آیا سگرت یا سیگار برقی استفاده می‌کنید؟ آیا تا به حال سگرت یا سیگار برقی کشیده اید؟
□ نخیر □ بله	11. آیا در طول سال گذشته، خون یا محصولات مربوط به خون به شما تزریق شده است یا به شما گلوبولین ایمنی (گاما) یا دوای ضد ویروس داده شده است؟
□ نخیر □ بله	12. آیا در 4 هفته گذشته کدام واکسین دریافت کرده اید؟

ائتلاف ایمن سازی اندیانا (IIC) - فورم ثبت نام و رضایت

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

اظهار رضایت

رضایت برای استفاده از اطلاعات صحی حفاظت شده و واگذاری ادعاها: من بدینوسیله با دریافت اعلامیه اقدامات حفظ حریم خصوصی در رابطه با استفاده و افشای معلومات صحی شخصی خویش به منظور عملیات مراقبت‌های صحی موافقت کرده و تأیید می کنم.
همراه با واگذاری کلیه پرداخت‌ها از جانب بیمه کننده فوق الذکر به صورتحساب شخص ثالث مرتبط با خدمات در نظر گرفته شده در اینجا.

*امضا: X _____ تاریخ: _____

امضای والدین/سرپرست در صورت زیر 18 سال ضروری است

مجوز واکسین: امضای من در این فورم نشان می‌دهد که من درخواست کرده‌ام واکسین ذکر شده در ذیل برای من یا وابستگانم توسط نماینده ائتلاف ایمن سازی اندیانا (IIC) تطبیق شود. من شخص حساب کننده ثالث، IIC، شخص تطبیق کننده و پرسونل را از هر گونه مسئولیتی در قبال هرگونه عکس العملی که اتفاق بیافتد مبرا می‌دانم. من بدون قید و شرط و بطور غیرقابل برگشت از هر گونه حق محاکمه توسط قضأ، در مورد هر ادعا یا اقدامی که ناشی از یا مرتبط با این خدمات باشد تا حد مجاز توسط قانون چشم پوشی می‌کنم، و هر گونه ادعا یا اقدامی باید صرفاً بر اساس معامله فردی از طریق حکمیت مطابق با قوانین حکمیت تجاری انجمن حکمیت آمریکا تعیین شود.
نه من و نه IIC یا شخص حساب کننده ثالث حق نداریم به دعاوی در داوری توسط یا علیه سایر افراد یا نهادها بپیوندیم یا با آنها مدغم شویم، یا به عنوان عضو نماینده یا در سمت دادستان عمومی خصوصی یک طبقه در مورد دعاوی قضاوت کنیم. در صورت مواجهه به بیماری شغلی، IIC برای مصئونیت مریض و کارکنان، اجازه مریض برای اخذ آزمایش خون را دارد.

من معلومات بیانیه(های) اطلاعات واکسین را خوانده ام یا برایم توضیح داده شده است و از خطرات آن (بشمول عوارض جانبی) و فواید واکسین(ها) آگاه هستم. اگر برای کسی دیگری موافقت می‌کنید، بر اساس رابطه خود با شخص فوق الذکر، من صلاحیت قانونی دارم که با این واکسین(ها) موافقت کنم.

من با واکسین شدن خودم/فرزندم با تمام واکسیناسیون‌های توصیه شده که در این زمان باید انجام شود، موافقت می کنم. اگر بخواهم هر واکسین(های) خاصی را رد کنم، با شماره 317-628-7116، ایمیل: clinic@vaccinateindiana.org تماس می‌گیرم یا با مسئول کلینیک در محل صحبت می‌کنم.
واکسین‌هایی که ممکن است بر اساس سوابق واکسیناسیون شما/فرزندتان تطبیق شوند: DTaP/Tdap، هپاتیت A، هپاتیت B، هموفیلوس آنفلوآنزا نوع b (HiB)، ویروس پاپیلومای انسانی (HPV)، آنفولانزا، MMR، مننجیت، فلج اطفال، نیومونیا، ویروس روتا، ویروس سنسیتیال تنفسی (RSV)، واریسلا، زوستر و/یا کووید-19.

*امضا: X _____ تاریخ: _____

امضای والدین/سرپرست در صورت زیر 18 سال ضروری است

Dari

ائتلاف ایمن سازی اندیانا (IIC) - فورم ثبت نام و رضایت

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

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 2/20/2024 SJ