Arabic

Indiana Immunization Coalition (IIC) – Registration and Consent Form

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

أكمل الآتي للشخص الذي سيتلقى اللقاح:

اسم المريض: الأول_____ الأوسط_____ الكنية_____

تاريخ الميلاد:_____/_____/_____ العمر: _____ الجنس: □ أنثى □ ذكر الأصل العرقي: □ إسباني/ لاتيني □ ليس من أصل إسباني/ لاتيني

العرق: (حدد كل ما ينطبق) □ هندي أمريكي/ سكان ألاسكا الأصليون □ آسيوي □ أسود □ سكان هاواي الأصليون/ سكان جزر المحيط الهادئ □ أبيض □ غير معروف

رقم الهاتف _____ - _____ (_____) البريد الإلكتروني: _____

العنوان البريدي: _____ المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

الاسم الكامل لولي الأمر/ الوصي: _____

حالة التأمين (ضع علامة على المربع)

□ **لا يوجد تأمين**

□ CHIP □ HIP □ HCC □ HHW □ **MEDICAID**

الشركة: _____ Medicaid #: _____ □ لا أعلم

□ **تأمين خاص أو تجاري (غير MEDICAID)**

شركة التأمين: _____ بطاقة تعريف وثيقة التأمين: _____ المجموعة # _____(إذا انطبق أحدهما):

اسم صاحب الوثيقة: _____ تاريخ ميلاد صاحب الوثيقة:___/___/_____علاقة صاحب الوثيقة بالمريض: _____

(no)	(yes)	أسئلة للشخص الذي سيتلقى اللقاح:
□لا	□نعم	1- هل الشخص الذي سيتلقى اللقاح مريض في الوقت الحالي؟ إذا كانت الإجابة نعم، فما هي أعراضه؟
□لا	□نعم	2- هل يعاني الشخص الذي سيتلقى اللقاح من أي حساسية تجاه الأدوية أو الأطعمة أو أحد مكونات اللقاح أو مادة اللاتكس؟ يرجى ذكر قائمة بأنواع الحساسية:
□لا	□نعم	3- هل أصيب الشخص الذي سيتلقى اللقاح برد فعل خطير تجاه لقاح ما في الماضي؟ إذا كانت الإجابة نعم، يرجى التوضيح:
□لا	□نعم	4- هل أصيب الشخص الذي سيتلقى اللقاح بمتلازمة جيليان باريه (GBS) من قبل؟
□لا	□نعم	5- هل يعاني الشخص الذي سيتلقى اللقاح من مشكلة صحية مزمنة مثل أمراض القلب أو الرئة أو الربو أو أمراض الكلى أو أمراض الأيض (مثل السكري) أو فقر الدم أو اضطرابات الدم الأخرى؟
□لا	□نعم	6- هل الشخص الذي سيتلقى اللقاح مصاب بالسرطان أو اللوكيميا (سرطان الدم) أو الإيدز أو أي مشكلة أخرى في جهاز المناعة؟
□لا	□نعم	7- هل يتناول الشخص الذي سيتلقى اللقاح الكورتيزون أو بريدنيزون أو الستيرويدات الأخرى أو الأدوية المكافحة للسرطان، أو هل خضع لعلاج السرطان بالأشعة السينية؟
□لا	□نعم	8- هل يعاني الشخص الذي سيتلقى اللقاح من نوبة صرع أو مشكلة بالدماغ أو مشكلة أخرى في الجهاز العصبي؟
□لا	□نعم	9- هل الشخص الذي سيتلقى اللقاح شخص مُدخّن؟
□لا	□نعم	10- هل تلقى الشخص الذي سيتلقى اللقاح نقل دم أو مشتقاته، أو تم إعطاؤه دواءً يسمى الجلوبيولين المناعي (جاما)، خلال العام الماضي؟
□لا	□نعم	11- بالنسبة للسيدات: هل السيدة التي ستتلقى اللقاح حامل أو هل هناك فرصة للحمل خلال الشهر القادم؟
□لا	□نعم	12- هل تلقى الشخص الذي سيتلقى اللقاح أي تطعيمات أو لقاحات في الأسابيع الأربعة الماضية؟

بيان الموافقة

من خلال التوقيع أدناه، فإني أوافق على الاستخدام والكشف عن المعلومات الصحية الشخصية الخاصة بي أو الخاصة بطفلي لغرض إجراءات الرعاية الصحية، مع التنازل عن جميع المدفوعات من شركة

التوقيع: X_____ **التاريخ:** _____

التأمين المدرجة أعلاه إلى فاتورة طرف ثالث لقاء الخدمات المقدمة.

موافقة على استخدام المعلومات الصحية المحمية وطلبات التنازل: أوافق بموجب هذا على إشعار ممارسات الخصوصية وأقر باستلامه فيما يتعلق باستخدام معلوماتي الصحية الشخصية والكشف عنها لغرض إجراءات الرعاية الصحية، مع التنازل عن جميع المدفوعات من شركة التأمين المذكورة أعلاه إلى فاتورة طرف ثالثvالمرتبطة بالخدمات المذكورة هنا. ترخيص اللقاح: يُوضّح توقيعي على هذه الاستمارة إلى أنني قدمت طلب إعطاء اللقاح الموضح أدناه لي أو إلى من أعيله من قبل ممثل فاتورة طرف ثالث. أنا أعفي فاتورة طرف ثالث وشريك فاتورة طرف ثالث والشخص المسؤول والموظفين من أي مسؤولية عن أي ردود فعل قد تحدث. أنا أتنازل بشكل غير مشروط وبصورة نهائية عن أي حق في المحاكمة أمام هيئة محلفين، وإلى أقصى حد يسمح به القانون، لأي مطالبة أو إجراء ناجم عن هذه الخدمة أو متعلق بها، وأن أي مطالبة أو إجراء مصغر يجب تحديده فقط

Indiana Immunization Coalition (IIC) – Registration and Consent Form

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

على أساس فردي من خلال

التحكيم وفقاً لقواعد التحكيم التجاري لجمعية التحكيم الأمريكية.

لا يحق لي ولا لـ فاتورة طرف ثالث الانضمام إلى الدعاوى أو دمجها في التحكيم من قبل أو ضد أفراد أو كيانات أخرى، أو التحكيم في أي دعاوى بصفتي عضواً ممثلاً لفئة أو بصفة المدعي العام الخاص. في حالة التعرض المهني، فإن فاتورة طرف ثالث تملك موافقة المريض لفحص الدم من أجل سلامة كلٍ من المريض والموظف. لقد قرأت أو تم شرح المعلومات لي من بيان (بيانات) معلومات اللقاح وأنا أتفهم المخاطر (بما في ذلك ردود الفعل الضارة) وفوائد اللقاح (اللقاحات). في حالة الموافقة نيابة عن شخص آخر، فأنا أمتلك السلطة القانونية، بناءً على علاقتي بالشخص المشار إليه أعلاه بالموافقة على إدارة هذا اللقاح (اللقاحات).

أوافق على تلقيحي أنا/ طفلي بجميع التطعيمات الموصى بها في هذا الوقت. في حال رغبتي في رفض أي لقاح محدد، فسوف أتصل بالرقم 317-628-7116 أو عبر البريد الإلكتروني: clinic@vaccinateindiana.org اللقاحات التي يمكن إعطاؤها بناءً على سجل التطعيم الخاص بك / الخاص بطفلك: لقاح الدفتيريا (الخناق) والسعال الديكي والتيتانوس (الكزاز)(Tdap)، (DTaP)، التهاب الكبد الوبائي أ، التهاب الكبد الوبائي ب، لقاح الإنفلونزا البكتيرية النوع ب (HIB)، شلل الأطفال، فيروس روتا، بكتيريا المكورات الرئوية، الإنفلونزا، لقاح الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية (MMR)، فيروس الورم الحليمي البشري، التهاب السحايا (الحمى الشوكية)، فيروس الجديري المائي

التوقيع: X_____ **التاريخ:** _____

توقيع ولي الأمر/ الوصي مطلوب إذا كان عمر المريض أقل من 18 عاماً

Arabic

Indiana Immunization Coalition (IIC) – Registration and Consent Form

6919 E 10th Street, Suite C2, Indianapolis, 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/Hep B	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: _____