INDIANA IMMUNIZATION COALITION

(Indiana Immunization Coalition, IIC) – ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਅਤੇ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ

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

ਜਿਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਟੀਕਾ ਲਗਾਇਆ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਉਹਨਾਂ ਬਾਰੇ ਹੇਠਾਂ ਮੰਗੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਭਰੋ:

ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਕਾਨੂੰਨੀ ਨਾਮ: ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ_____ ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਨਾਮ _____ ਆਖਰੀ ਨਾਮ: _____

ਚੁਣਿਆ ਹੋਇਆ ਨਾਮ (ਜੇ ਕੋਈ ਹੈ ਤਾਂ ਭਰੋ): _____ ਰੁਜ਼ਗਾਰ (ਜੇ ਕੋਈ ਹੈ ਤਾਂ ਭਰੋ): _____

ਫ਼ੋਨ #: (_____) - _____ - _____ ਜਨਮ ਦੀ ਮਿਤੀ: _____ /_____/_____ ਉਮਰ: _____

ਲਿੰਗ (ਜੋ ਜਨਮ ਸਮੇਂ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ): □ ਮਹਿਲਾ □ ਪੁਰਸ਼ ਪੜਨਾਂਵ : _____

ਡਾਕ ਪਤਾ: _____ ਸ਼ਹਿਰ: _____ ਸਟੇਟ: _____ ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ: _____

ਨਸਲ: (ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਸਾਰਿਆਂ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ) □ਭਾਰਤ ਮੂਲ ਦਾ ਅਮਰੀਕੀ ਨਾਗਰਿਕ/ਅਲਾਸਕਾ ਮੂਲ ਨਿਵਾਸੀ□ਏਸ਼ੀਆਈ □ਕਾਲੇ □ਹਵਾਈ ਦਾ ਮੂਲ ਨਿਵਾਸੀ/ਪ੍ਰਸ਼ਾਂਤ ਦੀਪ ਦਾ ਮੂਲ ਨਿਵਾਸੀ □ਗੋਰਾ □ਹੋਰ _____

ਜਾਤੀ: □ ਹਿਸਪੈਨਿਕ/ਲਾਤੀਨੀ □ ਹਿਸਪੈਨਿਕ/ਲਾਤੀਨੀ ਨਹੀਂ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦਾ ਪੂਰਾ ਨਾਮ: _____

ਵਿਦਿਆਰਥੀਆਂ ਲਈ: ਸਕੂਲ ਦਾ ਨਾਮ: _____ ਗ੍ਰੇਡ ਪੱਧਰ: _____

ਬੀਮੇ ਦੀ ਸਥਿਤੀ (ਖਾਨੇ 'ਤੇ ਸਹੀ ਲਗਾਓ)

□ ਕੋਈ ਬੀਮਾ ਨਹੀਂ ਹੈ

□ MEDICAID □ HHW □ HCC □ HIP □ CHIP ਕੰਪਨੀ: _____ Medicaid #: _____	□ MEDICARE Medicare #: _____ ਮੈਂਬਰ ID / ਗਰੁੱਪ # (ਜੇਕਰ ਕੋਈ ਹੋਵੇ): _____

□ ਨਿੱਜੀ ਜਾਂ ਵਪਾਰਕ ਬੀਮਾ (MEDICAID ਨਾ ਹੋਵੇ) ਜੇਕਰ ਸੰਭਵ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਫਾਰਮ ਦੇ ਨਾਲ ਕਾਰਡ ਦੀ ਕਾਪੀ ਵੀ ਲਗਾ ਦਿਓ

ਕੰਪਨੀ: _____ ਪਾਲਿਸੀ/ਮੈਂਬਰ ID: _____ ਗਰੁੱਪ #: _____

ਪਾਲਿਸੀ ਧਾਰਕ ਦਾ ਨਾਮ: _____ ਪਾਲਿਸੀ ਧਾਰਕ ਦੀ ਜਨਮ ਮਿਤੀ: ____/_____/_____

ਪਾਲਿਸੀ ਧਾਰਕ ਦਾ ਮਰੀਜ਼ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ: _____

ਟੀਕਾਕਰਨ ਕਰਵਾਉਣ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਸਿਹਤ ਸੰਬੰਧੀ ਜਾਂਚ ਬਾਰੇ ਸਵਾਲ:

	(no) (yes)
1. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਅੱਜ ਬਿਮਾਰ ਹੋ?	□ ਨਹੀਂ □ ਹਾਂ
2. ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਵਾਈ, ਭੋਜਨ, ਟੀਕੇ ਦੇ ਕਿਸੇ ਤੱਤ, ਜਾਂ ਲੇਟੈਕਸ ਤੋਂ ਕੋਈ ਐਲਰਜੀ ਹੈ? ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਐਲਰਜੀਆਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਬਣਾਓ:	□ ਨਹੀਂ □ ਹਾਂ
3. ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਦੇ ਵੀ ਟੀਕਾ ਲਗਵਾਉਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕੋਈ ਗੰਭੀਰ ਪ੍ਰਤੀਕਿਰਿਆ ਹੋਈ ਹੈ? ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਮਝਾਓ:	□ ਨਹੀਂ □ ਹਾਂ
4. ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਦੇ ਗੀਲਨ-ਬੱਰੇ ਸਿੰਡਰੋਮ (Guillain-Barre Syndrome, GBS) ਹੋਇਆ ਹੈ?	□ ਨਹੀਂ □ ਹਾਂ
5. ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਿਲ, ਫੇਫੜਿਆਂ ਜਾਂ ਗੁਰਦਿਆਂ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ, ਪਾਚਕ ਰੋਗ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਡਾਇਬੀਟੀਜ਼) ਜਾਂ ਹੋਰ ਖੂਨ ਦੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਕਲੋਟਿੰਗ ਡਿਸਆਰਡਰ, ਸਿੱਕਲ ਸੈੱਲ) ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਹਨ?	□ ਨਹੀਂ □ ਹਾਂ
6. ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੈਂਸਰ, ਲਿਉਕੀਮੀਆ, ਏਡਜ਼ ਜਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਇਮਿਊਨ ਸਿਸਟਮ ਸੰਬੰਧੀ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਹਨ?	□ ਨਹੀਂ □ ਹਾਂ
7. ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਦੇ ਦੌਰਾ ਪਿਆ ਹੈ ਜਾਂ ਦਿਮਾਗੀ ਜਾਂ ਹੋਰ ਨਰਵਸ ਸਿਸਟਮ ਸੰਬੰਧੀ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ?	□ ਨਹੀਂ □ ਹਾਂ
8. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕੋਰਟਿਸੋਨ, ਪ੍ਰੇਡਨਿਸੋਨ, ਸਟੀਰੌਇਡਜ਼ ਜਾਂ ਐਂਟੀ-ਕੈਂਸਰ ਦੀਆਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਦਵਾਈਆਂ ਲੈਂਦੇ ਹੋ, ਜਾਂ ਕੈਂਸਰ ਲਈ ਤੁਹਾਡਾ ਐਕਸ-ਰੇ ਇਲਾਜ ਹੋਇਆ ਹੈ?	□ ਨਹੀਂ □ ਹਾਂ
9. ਔਰਤਾਂ ਲਈ- ਕੀ ਉਹ ਗਰਭਵਤੀ ਹੈ ਜਾਂ ਕੀ ਇਸ ਗੱਲ ਦੀ ਕੋਈ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੈ ਕਿ ਉਹ ਅਗਲੇ ਮਹੀਨੇ ਦੌਰਾਨ ਗਰਭਵਤੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ?	□ ਨਹੀਂ □ ਹਾਂ
10. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਤਮਾਕੂਨੋਸ਼ੀ ਕਰਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਵੇਪ ਕਰਦੇ ਹੋ? ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਦੇ ਤਮਾਕੂਨੋਸ਼ੀ ਕੀਤੀ ਹੈ ਜਾਂ ਵੇਪ ਕੀਤਾ ਹੈ?	□ ਨਹੀਂ □ ਹਾਂ
11. ਪਿਛਲੇ ਸਾਲ ਦੇ ਦੌਰਾਨ, ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਖੂਨ ਚੜ੍ਹਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ ਜਾਂ ਖੂਨ ਸੰਬੰਧੀ ਪ੍ਰੋਡਕਟ ਵਰਤੇ ਹਨ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਮਿਊਨ (ਗਾਮਾ) ਗਲੋਬੂਲਿਨ ਜਾਂ ਕੋਈ ਐਂਟੀਵਾਇਰਲ ਦਵਾਈ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੈ?	□ ਨਹੀਂ □ ਹਾਂ
12. ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਿਛਲੇ 4 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਟੀਕਾ ਲੱਗਿਆ ਹੈ?	□ ਨਹੀਂ □ ਹਾਂ

(Indiana Immunization Coalition, IIC) – ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਅਤੇ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ

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

ਸਹਿਮਤੀ ਦੇ ਬਿਆਨ

ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਅਤੇ ਸਿੱਧਾ ਦਾਅਵਾ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦੇਣਾ: ਮੈਂ ਇਹ ਦੱਸਣਾ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਚਾਹੁੰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਨੂੰ ਗੋਪਨੀਯਤਾ ਵਿਹਾਰਾਂ ਦੀ ਸੂਚਨਾ ਵਾਲਾ ਨੋਟਿਸ ਮਿਲ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਮੈਂ ਇਸ 'ਤੇ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ
ਮੇਰੀ ਨਿੱਜੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਕਾਰਵਾਈਆਂ ਲਈ ਵਰਤਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਲੋੜ ਪੈਣ 'ਤੇ ਇਸਦਾ ਖੁਲਾਸਾ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਨਾਲ ਹੀ,
ਮੈਂ ਉੱਪਰ ਦੱਸੀ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ ਤੋਂ ਆਉਣ ਵਾਲੇ ਪੈਸਿਆਂ ਦਾ ਦਾਅਵਾ ਤੀਜੀ ਧਿਰ ਯਾਨੀ ਕਿ ਬਿੱਲ ਕਰਨ ਵਾਲਿਆਂ ਨੂੰ ਸੌਂਪ ਦਿੱਤਾ ਹੈ ਜੋ ਇਨ੍ਹਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨਾਲ ਜੁੜੇ ਹਨ।

*ਦਸਤਖਤ: **X** _____ ਮਿਤੀ: _____

ਜੇਕਰ *18* ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦੇ ਦਸਤਖਤ ਲੋੜੀਂਦੇ ਹਨ

ਵੈਕਸੀਨ ਪ੍ਰਮਾਣਿਕਤਾ: ਇਸ ਫਾਰਮ ਤੇ ਮੇਰੇ ਦਸਤਖਤ ਇਸ ਗੱਲ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਂਦੇ ਹਨ ਕਿ ਮੈਂ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਹੈ ਕਿ ਹੇਠਾਂ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਵੈਕਸੀਨ ਮੈਨੂੰ ਜਾਂ ਮੇਰੇ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਇੰਡੀਆਨਾ ਇਮਯੂਨਾਈਜ਼ੇਸ਼ਨ ਕੋਲੀਸ਼ਨ (Indiana Immunization Coalition, IIC) ਦੇ ਕਿਸੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤਾ ਜਾਵੇ। ਮੈਂ ਤੀਜੀ ਧਿਰ ਦੇ ਬਿਲਰ, IIC, ਵੈਕਸੀਨ ਲਗਾਉਣ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਅਤੇ ਕਰਮਚਾਰੀਆਂ ਨੂੰ ਕੋਈ ਪ੍ਰਤੀਕਿਰਿਆ ਹੋਣ 'ਤੇ ਜਿੰਮੇਵਾਰ ਨਹੀਂ ਠਹਿਰਾਵਾਂਗਾ/ਠਹਿਰਾਵਾਂਗੀ। ਮੈਂ ਇਸ ਸੇਵਾ ਤੋਂ ਪੈਦਾ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਜਾਂ ਇਸ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਕਿਸੇ ਵੀ ਦਾਅਵੇ ਜਾਂ ਕਾਰਵਾਈ ਲਈ, ਕਾਨੂੰਨ ਦੁਆਰਾ ਮਿਲੀ ਵੱਧ ਤੋਂ ਵੱਧ ਆਗਿਆ ਤਕ, ਜਿਊਰੀ ਦੁਆਰਾ ਮੁਕੱਦਮੇ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਅਧਿਕਾਰ ਨੂੰ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਸ਼ਰਤ ਦੇ ਅਤੇ ਅਟੱਲ ਤੌਰ ਤੇ ਛੱਡਦਾ/ਛੱਡਦੀ ਹਾਂ, ਅਤੇ ਅਜਿਹੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਦਾਅਵੇ ਜਾਂ ਕਾਰਵਾਈ 'ਤੇ ਫ਼ੈਸਲਾ ਸਿਰਫ਼ ਆਰਬਿਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਦੇ ਜ਼ਰੀਏ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ ਜੋ ਅਮਰੀਕੀ ਆਰਬਿਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਐਸੋਸੀਏਸ਼ਨ ਦੇ ਕਮਰਸ਼ਿਅਲ ਆਰਬਿਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਨਿਯਮਾਂ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਹੋਵੇਗਾ।
ਮੇਰੇ ਕੋਲ, IIC ਕੋਲ ਜਾਂ ਤੀਜੀ ਧਿਰ ਬਿੱਲਰ ਕੋਲ ਹੋਰਨਾਂ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਜਾਂ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਦੁਆਰਾ ਜਾਂ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਖਿਲਾਫ਼ ਆਰਬਿਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਦਾਅਵਿਆਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਣ ਜਾਂ ਦਾਅਵਿਆਂ ਨੂੰ ਮਿਲਾਉਣ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਨਹੀਂ ਹੋਵੇਗਾ, ਅਤੇ ਨਾ ਹੀ ਕਿਸੇ ਵਰਗ ਦੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਮੈਂਬਰ ਜਾਂ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਅਟਰਨੀ ਜਨਰਲ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵੀ ਦਾਅਵੇ ਵਿੱਚ ਆਰਬਿਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੋਵੇਗਾ। ਕੰਮ ਦੌਰਾਨ ਜੇ ਕਰਮਚਾਰੀ ਨੂੰ ਕੋਈ ਜੋਖਮ ਦਾ ਸਾਹਮਣਾ ਕਰਨਾ ਪਵੇ, ਤਾਂ IIC ਕੋਲ ਮਰੀਜ਼ ਅਤੇ ਕਰਮਚਾਰੀ ਦੀ ਇੱਕੋ ਜਿਹੀ ਸੁਰੱਖਿਆ ਲਈ ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਖ਼ੂਨ ਜਾਂਚਣ ਲਈ ਆਗਿਆ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਮੈਂ ਵੈਕਸੀਨ ਇਨਫੋਰਮੇਸ਼ਨ ਸਟੇਟਮੈਂਟ (ਸਟੇਟਮੈਂਟਾਂ) ਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਲਿਆ ਹੈ ਜਾਂ ਮੈਨੂੰ ਇਸ 'ਚ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਮਝਾ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੈ ਅਤੇ ਮੈਨੂੰ ਟੀਕੇ (ਟੀਕਿਆਂ) ਦੇ ਖਤਰਿਆਂ (ਮਾੜੇ ਅਸਰ ਸਮੇਤ) ਅਤੇ ਫਾਇਦਿਆਂ ਬਾਰੇ ਪਤਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਉੱਪਰ ਦੱਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ ਮੇਰਾ ਜੋ ਰਿਸ਼ਤਾ ਹੈ ਜਿਵੇਂ ਉੱਪਰ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਹੈ
ਉਸ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਮੇਰੇ ਕੋਲ ਇਹ ਟੀਕਾ (ਟੀਕੇ) ਲਾਉਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦੇਣ ਦਾ ਕਨੂੰਨੀ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ।

ਮੈਂ ਖੁਦ ਦੇ/ਜਾਂ ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕੀਤੇ ਗਏ ਸਾਰੇ ਟੀਕੇ ਲਗਵਾਉਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ ਜੋ ਇਸ ਸਮੇਂ ਲੱਗਣ ਵਾਲੇ ਹਨ। ਜੇਕਰ ਮੈਂ ਕਿਸੇ ਖਾਸ ਟੀਕੇ **(**ਟੀਕਿਆਂ**)** ਨੂੰ ਲਗਵਾਉਣ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦਾ**/**ਚਾਹੁੰਦੀ ਹਾਂ**,**
ਤਾਂ ਮੈਂ **317-628-7116** ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰਾਂਗਾ**/**ਕਰਾਂਗੀ**,** clinic@vaccinateindiana.org 'ਤੇ ਈਮੇਲ ਕਰਾਂਗਾ**/**ਕਰਾਂਗੀ ਜਾਂ ਆਨ-ਸਾਈਟ ਕਲੀਨਿਕ ਦੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ ਗੱਲਬਾਤ ਕਰਾਂਗਾ**/**ਕਰਾਂਗੀ।
ਉਹ ਟੀਕੇ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ/ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਟੀਕਾਕਰਨ ਰਿਕਾਰਡ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਲਗਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ: DTaP/Tdap, Hepatitis A, Hepatitis B, Haemophilus influenzae type b (HiB), Human Papillomavirus (HPV), Influenza, MMR, Meningitis, Polio, Pneumonia, Rotavirus, Respiratory Syncytial Virus (RSV), Varicella, Zoster, ਅਤੇ/ਜਾਂ Covid-19.

*ਦਸਤਖਤ: **X** _____ ਮਿਤੀ: _____

ਜੇਕਰ *18* ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦੇ ਦਸਤਖਤ ਲੋੜੀਂਦੇ ਹਨ

Punjabi

(Indiana Immunization Coalition, IIC) – ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਅਤੇ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ

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 *2/20/2024 SJ*