Swahili

Indiana Immunization Coalition (IIC) – Registration and Consent Form

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

Kamilisha Yafuatayo kwa Mtu Anayepata Chanjo:

Jina la MGONJWA: LA KWANZA_____ LA KATI _____ LA MWISHO _____

Jina iliyochaguliwa (ikiwa inatumika): _____ **Kazi** (ikiwa inatumika): _____

Namba ya Simu: (_____) - _____ - _____ **Tarehe ya Kuzaliwa::** _____ /_____/_____**Umri:** _____ **Jinsia**: □ Ke □ Me

Anwani ya Kutuma Barua: _____ **Jiji:** _____ **Jimbo::** _____ **Msimbo:** _____

Rangi: (Alamisha yote yanayotumika) □ Mmarekani Mhindi/Mzaliwa wa Alaska □ Mwasia □ Mweusi □Mzaliwa wa Hawaii/Mtu kutoka Kisiwa cha Pasifiki □ Mweupe □ Asiyejulikana

Jina Kamili la Mzazi/Mlezi: _____

kwa wanafunzi jina la shule: _____ kiwango cha daraja _____

Hali ya Bima (Alamisha Kijisanduku)

□ HAKUNA BIMA

□ BIMA YA AFYA □ HHW □ HCC □ HIP □ CHIP
Kampuni: _____
Bima ya Afya #: _____

□ MEDICARE
Bima ya Afya #: _____

□ **BIMA YA KIBINAFSI au YA BIASHARA (SI YA AFYA**)
Kampuni ya Bima:: _____ Kitambulisho cha Sera ya Bima:: _____ Kikundi #: _____
Jina la Mmiliki wa Sera: _____ Tarehe ya Kuzaliwa ya Mmiliki wa Sera: ____/_____/_____
Uhusiano wa Mmiliki wa Sera kwa Mgonjwa: _____

Maswali kwa Mtu Anayepewa Chanjo:

	(no)	*(yes)*
1. Je, mtu anayepaswa kupewa chanjo ni mgonjwa leo? Ikiwa ndiyo, dalili zake ni zipi?	□ hapana	□ ndiyo
2. Je, mtu anayepaswa kupewa chanjo ana mizio yoyote kwa madawa, vyakula, sehemu ya chanjo au lateksi? Tafadhali orodhesha mizio:	□ hapana	□ ndiyo
3. Je, mtu anayepaswa kupewa chanjo amewahi kuwa na athari mbaya kwa chanjo mbeleni? Ikiwa ndiyo, tafadhali elezea:	□ hapana	□ ndiyo
4. Je, mtu anayepaswa kupewa chanjo amewahi kuwa na ugonjwa wa Guillian-Barre Syndrome (GBS)?	□ hapana	□ ndiyo
5. Je, mtu anayepaswa kupewa chanjo ana shida ya kiafya ya muda mrefu ya ugonjwa wa moyo, ugonjwa wa mapafu, pumu, ugonjwa wa figo, ugonjwa wa kimetaboliki (mfano kisukari), upungufu wa damu, au shida nyingine za damu?	□ hapana	□ ndiyo
6. Je, mtu anayepaswa kupewa chanjo ana saratani, leukemia, UKIMWI au shida nyingine yoyote ya mfumo wakinga?	□ hapana	□ ndiyo
7. Je, mtu anayepaswa kupewa chanjo hutumia cortisone, prednisone, steroidi nyingine, au dawa za saratani, au umepata matibabu ya eksirei kwa saratani?	□ hapana	□ ndiyo
8. Je, mtu anayepaswa kupewa chanjo amewahi kuwa na kifafa, shida ya ubongo, au shida nyingine ya mfumo wa neva?	□ hapana	□ ndiyo
9. Kwa wanawake: Je, mtu anayepaswa kupewa chanjo ni mjamzito au kuna uwezekano kwamba anaweza kuwa mjamzito katika muda wa mwezi ujao?	□ hapana	□ ndiyo
10. Je, mtu anayepaswa kupewa chanjo huvuta sigara??	□ hapana	□ ndiyo
11. Je, katika mwaka uliopita, mtu anayepaswa kupewa chanjo aliongezewa damu au bidhaa za damu, au alipewa dawa ya kinga inayoitwa (gamma) globulin?	□ hapana	□ ndiyo
12. Je, mtu anayepaswa kupewa chanjo alipokea chanjo yoyote katika wiki 4 zilizopita?	□ hapana	□ ndiyo

Consent Statements

Kwa kutia sahihi hapa chini, ninakubali utumiaji na ufichuzi wa habari ya afya yangu au ya mtoto wangu kwa madhumuni ya shughuli za utunzaji wa afya, pamoja na mgawo wa malipo yote kutoka kwa mtoaji bima aliyeorodheshwa hapo juu kwa bilis za mtu wa tatu kwa huduma iliyotolewa.

***Sahihi: X**_____ **Tarehe:**_____

Sahihi ya Mzazi/Mlezi inahitajika ikiwa ni umri chini ya miaka 18

Idhini ya Matumizi ya Habari ya Afya Iliyolindwa & Mgawo wa Madai: Ninaruhusu na kukubali kupokea Ilani ya Shughuli za Faragha kuhusiana na utumiaji na ufichuzi wa habari yangu ya afya ya kibinafsi kwa madhumuni ya shughuli za huduma ya afya, pamoja na mgawo wa malipo yote kutoka kwa mtoaji bima aliyeorodheshwa hapo juu kwa bilis za mtu wa tatu yanayohusishwa na huduma zinazozingatiwa hapa. Idhini ya Chanjo: Sahihi yangu kwenye fomu hii inaonyesha kwamba nimeomba chanjo iliyoonyeshwa hapa chini itolewe kwangu au kwa mtegemezi wangu na mwakilishi wa bilis za mtu wa tatu. Ninaiondolea bilis za mtu wa tatu, mbia wa bilis za mtu wa tatu, mtu anayetoa chanjo na wafanyakazi kwa athari zozote ambazo zinaweza kutokea. Bila masharti na bila kubadilika sitadai haki yoyote ya kusikizwa na baraza la

mahakama, kadiri ya kiwango kinachoruhusiwa na sheria, kwa madai yoyote au hatua inayotokana na au inayohusiana na huduma hii, na kwamba dai lolote kama hilo au hatua itaamuliwa tu juu ya msingi wa mtu binafsi kupitia usuluhishi kulingana na Kanuni za Usuluhishi wa Kibiashara wa Chama cha Usuluhishi cha Marekani.

Mimi wala bilis za mtu wa tatu hatakuwa na haki ya kujiunga au kujumuisha madai katika usuluhishi na au dhidi ya watu wengine au kampuni, au kusuluhisha madai yoyote kama mwakilishi wa tabaka au kwa uwezo wa wakili wa kibinafsi. Katika tukio la uzoefu wa kazi, bilis za mtu wa tatu ina idhini ya mgonjwa ya upimaji wa damu kwa usalama sawa wa mgonjwa na mfanyakazi. Nimesoma au nimeelezewa habari kutoka kwa (Ma)Tamko la Taarifa ya Chanjo na kuelewa hatari (pamoja na athari mbaya) na faida za chanjo. Ikiwa unatoa idhini kwa niaba ya mwingine, nina mamlaka ya kisheria, kulingana na uhusiano wangu na mtu aliyeonyeshwa hapo juu, kukubali utolewaji huu wa chanjo.

□ Ninakubali mwenyewe/kwa mtoto wangu kupewa chanjo zote zinazopendekezwa ambazo zinastahili wakati huu. Ikiwa ninataka kukataa chanjo yoyote maalum nitapiga simu 317-628-7116 au kutuma barua pepe kwa: clinic@vaccinateindiana.org Chanjo ambazo zinaweza kutolewa kulingana na rekodi yako ya chanjo/ya mtoto wako: DTaP, Tdap, Hepatitis A, Hepatitis B, HIB, Polio, Rotavirus, Pneumococcal, Influenza, MMR, Virusi vya Papilloma ya Binadamu, Meningitis, Varicella, Covid, RSV.

□ Sahihi za Kielektroniki: Sahihi za kielektroniki hutumiwa kwa rekodi za afya kama njia ya uthibitisho wa uingizaji wa rekodi za kiafya za elektroniki, hati zilizonakiliwa, na hati zilizotengenezwa na kompyuta. Kwa kualamisha kisanduku hiki na kuwasilisha kwa jina na tarehe kwenye fomu hii ninaelewa kuwa ninatia sahihi ya kielektroniki ambayo inachukuliwa kuwa ya kisheria kama njia ya kutoa idhini ya sheria kwa masharti yaliyoainishwa kwenye fomu hii. Ni sera ya bilis za mtu wa tatu kukubali sahihi ya kielektroniki badala ya sahihi halisi. Mchakato huu unafanya kazi ndani ya miundombinu iliyohifadhiwa, kuhakikisha uadilifu wa mchakato na kupunguza hatari ya shughuli zisizoidhinishwa katika muundo, matumizi, na upatikanaji wa rekodi ya afya ya elektroniki.

Sahihi: X_____ Tarehe: _____

Sahihi ya Mzazi/Mlezi inahitajika ikiwa ni umri chini ya miaka 18

Swahili

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: _____

Revised 2/20/2024 SJ