Pashto

د انډیانا د واکسینونو اېتلاف (IIC) – د نوم لیکنې او رضایت فورمه
E 10th Street, Suite C2, Indianapolis, IN 46219 6919

د هغه چا لپاره لاندې معلومات بشپړ کړئ چې واکسین ورکول کیږي:

د ناروغ قانوني نوم: لومړی _____ منځنی _____ وروستی: _____

غوره شوی نوم (که شتون ولري): _____ دنده (که شتون ولري): _____

د تلیفون شمېره: (_____) - _____ - _____ د زېږېدو نېټه: _____ /_____/_____ عمر: _____ نارینه یا ښځینه (د زېږېدو پر مهال ټاکل شوی): □ ښځینه □ نارینه ضمیرونه: _____

د برېښنالیک پته: _____ ښار: _____ ایالت: _____ ساحوي کوډ: _____

نژاد: (ټول په نښه کړئ چې ستاسو لپاره صدق کوي) □امریکایي هندي/د الاسکا ځایي اوسیدونکی □آسیایی □تور پوستی □ځایي اوسیدونکي هاوایی/د پیسفک ټاپو اوسیدونکی □سپین پوستی □کوم بل _____

توکم: □ هسپانوی/ لاتینی □ نه هسپانوی/ لاتینی د والدینو/ سرپرست بشپړ نوم: _____

د زده کوونکو لپاره: د ښوونځي نوم: _____ د ټولګي کچه: _____

د بیمې حالت (اړونده خانه په نښه کړئ)

□ بیمه نه لري

□ MEDICARE د Medicare شمېره: _____ د غړي د پېژندنې شمېره/ د ګروپ شمېره (که شتون ولري): _____	□ CHIP □ HIP □ HCC □ HHW MEDICAID شرکت: _____ د Medicaid شمېره: _____

□ شخصي یا تجارتي بیمه (له MEDICAID پرته) که ممکنه وي له فورمې سره د کارت کاپي هم یوځای کړئ

شرکت: _____ پلان/د غړي د پېژندنې شمېره: _____ د ګروپ شمېره: _____

د پلان لرونکی نوم: _____ د پلان لرونکي د زېږېدو نېټه: _____/_____/_____

له ناروغ سره د پلان لرونکي اړیکه: _____

د هغه شخص لپاره د روغتیایي کتنې اړوند پوښتنې چې واکسین ورکول کیږي:

(yes) (no)	
□ نه □ هو	1. ایا تاسو نن ناروغه یاست؟
□ نه □ هو	2. د درملو، خوړو، د واکسین د اجزاوو، یا سپینو مایعاتو سره کوم حساسیت لرئ؟ مهرباني وکړئ حساسیتونه مو ذکر کړئ:
□ نه □ هو	3. آیا تاسو کله هم د واکسین ترلاسه کولو وروسته کوم جدي غبرګون درلودلی دی؟ که ځواب مو هو وي، نو مهرباني وکړئ وضاحت ورکړئ:
□ نه □ هو	4. آیا تاسو کله هم په اعصابو د بدن د دفاعي سیستم د برید (GBS) اختلال درلودلی دی؟
□ نه □ هو	5. ایا تاسو د زړه، سږو یا پښتورګو ناروغی، میتابولیک ناروغي (د بیلګې په توګه د شکر ناروغي) یا د وینې نور اختلالات (د بیلګې په توګه د وینې د پرند کېدو اختلال، د حجراتو ستونزې) اړوند اوږدمهاله روغتیایي ستونزې لرئ؟
□ نه □ هو	6. ایا تاسو د سرطان، لوکیمیا، اېډز یا د بدن د دفاعي سیستم اړوند کومه بله ستونزه لرئ؟
□ نه □ هو	7. ایا تاسو میرګي او یا د عصبي سیستم کومه بله ستونزه لرئ؟
□ نه □ هو	8. ایا تاسو کورتیسون، پریډیسون، نور سترایډونه یا د سرطان ضد درمل کاروئ، یا مو د سرطان لپاره د x-ray درملنه ترسره کړې ده؟
□ نه □ هو	9. د مېرمنو لپاره- ایا دغه مېرمن امېندواره ده یا د دې امکان شته چې دوی په راتلونکي میاشت کې امېندواره شي؟
□ نه □ هو	10. ایا تاسو سیګرټ څکوئ یا هم چیلم کاروئ؟ ایا تاسو کله هم سیګرټ څکولي یا مو چیلم کارولی دی؟
□ نه □ هو	11. د تېر کال په اوږدو کې، ایا تاسو د وینې یا د وینې محصولات ترلاسه کړي، یا د معافیت (ګاما) ګلوبولین یا د ویروسي ناروغی ضد درمل درکړل شوي دي؟
□ نه □ هو	12. ایا تاسو په تېرو 4 اونیو کې کوم واکسین ترلاسه کړي دي؟

د انډیانا د واکسینونو اېتلاف (IIC) – د نوم لیکنې او رضایت فورمه

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

د رضایت اړوند بیانیې

د خوندي روغتیایي معلوماتو او ادعاګانو د کارونې اړوند رضایت: زه په دې توګه د محرمیت د خبرتیا له ترلاسه کولو سره موافق یم او ورسره رضایت لرم
د روغتیایي پاملرنې د کړنو لپاره زما د شخصي روغتیایي معلوماتو کارولو او افشا کولو په اړه شته کړنلارې، سره له دې چې
د بیمې څخه د ټولو تادیاتو تادیه چې پورته ښودل شوي د دریمې ډلې د لګښتونو د ورکوونکې په خدماتو پورې تړاو لري چې دلته په پام کې نیول شوي دي.

*لاسلیک: X _____ نېټه: _____

که له 18 کلونو څخه کم عمر لري د والدینو/سرپرست لاسلیک ته اړتیا لري

د واکسین ترلاسه کولو اجازه: په دې فورمه کې زما لاسلیک دا په ګوته کوي چې ما غوښتنه کړې چې لاندې ښودل شوي واکسین دې ما ته یا زما بالغ ته
د انډیانا د واکسینونو د اېتلاف (IIC) د استازي له لوري راکړل شي. زه د دریمې ډلې اړوند د لګښتونو د ورکوونکې، د انډیانا د واکسینونو د اېتلاف (IIC)، اړوند د واکسینو د ورکوونکې او
او پرسونل په بدن کې د راتلونکو غبرګونو له ټولو هغو مسوولیتونو څخه خلاصوم چې ښایي له واکسینو څخه رامنځته شي. زه له شرط پرته او نه بدلیدونکې توګه د قضاوت کوونکې ډلګۍ د محاکمې له حق څخه تر هغه اعظمي حده پورې معافیت ورکوم
چې د قانون له لوري اجازه ورکړل شوي وي، د هرې ادعا یا عمل لپاره چې د یادو خدماتو په لړ کې راپورته کیږي یا ورسره تړاو لري، او دا چې هر ډول ادعا یا عمل باید
یواځې په انفرادي توګه د امریکا د منځګړیتوب اتحادیې ته د سوداګریزو شخړو د منځګړیتوب له اصولو او مقرراتو سره سم د شخړو د حل رسمي لارې وټاکل شي.
نه زه او نه د انډیانا د واکیسونو اېتلاف (IIC) یا د دریمې ډلې د لګښتونو ورکوونکی د دې حق لري چې د نورو اشخاصو یا ادارو له لوري یا په مقابل کې په منځګړیتوب کې د ادعاګانو سره یوځای شي یا یې سره یوځای کړي، یا د یوې ډلې د استازي غړي په توګه یا د خصوصي عمومي وکیل په ظرفیت کې د کومو ادعاوو منځګړیتوب وکړي. له دندې سره تړاو لرونکې افشا کېدو په صورت کې، د انډیانا د واکسینونو اېتلاف (IIC) د ناروغ او کارکوونکو د خوندیتوب لپاره د وینې د معایناتو لپاره د ناروغ اجازه لري.

ما د واکیسونو د معلوماتو بیانیه (بیانیې) لوستلې یا هم راته تشریح شوې دې او د اړونده خطرونو په اړه یې پوهېږم (چې ښایي په دې کې
منفي غبرګونونه) او د واکسین (واکسینونو) ګټې شاملې وي. که چېرې د بل چا لپاره رضایت ورکول وي، زه د دې قانوني واک لرم، او له اړونده شخص سره زما د اړیکې پر اساس
لکه څنګه یې چې پورته یادونه شوې ده ترڅو، د دغې واکسین (واکسینو) د ورکول کېدو رضایت ورکړم.

زه خپل ځان/ماشوم ته د ټولو هغو توصیه شویو واکسینونو د ورکولو لپاره رضایت ورکوم چې ښایي اوسمهال پاتې شوي وي. که چېرې وغواړم چې د کوم ځانګړي واکسین (واکسینونو) ورکول رد کړم، نو زه به 317-628-7116 شمېرې ته زنګ یا به دې پتې ته بریښنالیک لېږم: clinic@vaccinateindiana.org یا به هم د اړوند کلینیک له مشر سره خبرې کوم.
هغه واکسینونه چې ښایي ستاسو/ستاسو د ماشوم د واکسینونو د سوابقو پر اساس ورکول کیږي: DTaP/Tdap، سپین زېړی، ژېړ زېړی، هیموفیلس انفلوینزا
بې ډول (HiB)، د پوستکي د ناروغۍ ویروس (HPV)، انفلوینزا، MMR، د شوکي نخاع التهاب، پولیو، د سږو ناروغي، روټا ویروس، تنفسي سنسیتیل ویروس (RSV)، شرې، د دانکو ناروغي، او/یا کووېډ - 19.

*لاسلیک: X _____ نېټه: _____

که له 18 کلونو څخه کم عمر لري د والدینو/سرپرست لاسلیک ته اړتیا لري

Pashto

INDIANA IMMUNIZATION COALITION

د انډیانا د واکسینونو اېتلاف (IIC) – د نوم لیکنې او رضایت فورمه

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