INDIANA IMMUNIZATION COALITION

Indiana Immunization Coalition (IIC) – Registration and Consent Form

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

Ranpli Swivan pou Moun ki ap vaksiné:

Nom legal pasyan: Prenom_____ **Surnom**_____ **Siyati:** _____

Nom Chwazi (si aplikab): _____ **Occupation (si aplikab):** _____ **Niméro téléfón: (____) - _____ - _____**

Dat De Nésans _____/_____/_____ Laj: _____ Sex (désinyé a la nésans): □ F □ M Pronom: _____

Adrès de kouryé: _____ **Vil:** _____ **Eta:** _____ **Kòd postal:** _____

Ras: _____ **(chéké tout sa ki apliké) □ NaƟf Amériken/ Alaska □ AsiaƟk □ Nwa □ NaƟf Hawaiian/Islandè pasifik □ Blan □Lòt** _____

Étnicité: □ Hispanic/LaƟno □ Non Hispanic/Latino **No konplet Parent/ Gadyen:** _____

Pou élèv yo: Nom lékòl la: _____ **Nivo:** _____

Stati asirans (Bwat de vérifikasyon) :

□ Pa d'asirans

□ MEDICAID □ HHW □ HCC □ HIP □ CHIP Konpayi:: _____ Medicaid #: _____	□ MEDICARE Medicare #: _____ Identité manmb/ Niméro Group(si se aplikab): _____

□ **Privé, Komèsyal, asirans siplémentè** (Pa MEDICAID) Ataché youn copi de kat pou'w infòmé si posib.

Konpayi: _____ Politik/Identité: _____ Niméro Group: _____

Nom konplè tenant politik : _____ Dat nésans tenant politik la : _____/_____/_____

Relasyon tenant politik la ak pasyan: _____

Kesyontés dépistaj santé pou moun ki ap vaksiné :

	(no) (yes)
1. Ëské moun lan malad jodia? Si wi, ki symptom yo genyen.	□ Non □ Wi
2. Ninpòt alèji ak medikaman, manjé, youn konpozan vaksen, oubyen latex? Tanpri bay list alèji yo:	□ Non □ Wi
3. Èske moun lan janm gen you réaksyon séryé a youn vaksin nan pasé yo? Si wi, sil vous plait éxpliké	□ Non □ Wi
4. Have you ever had Guillain-Barre Syndrome (GBS)?	□ Non □ Wi
5. Èské moun lan gen youn problem santé a lontèm ak kè,poumoun,malady fwa, malady metabolic (e.g diabèt) oubyen lòt malady san (e.g. anémi falsifòm)?	□ Non □ Wi
6. Èské moun lan gen kansè, lésimi, SIDA oubyen lot inkyétid iminitè	□ Non □ Wi
7. Èské moun lan kon gen malakadi,sèvo, oubyen lòt problem sistèm nèvé ?	□ Non □ Wi
8. Èské moun lan kon itilizé cortisone, prednisone, oubyen lòt stéroid oubyen dròg antikansè, oubyen te fè youn tréman rayon X pou kansè?	□ Non □ Wi
9. Pou fanm: Èské moun lan ansent oubyen èské gen chans yo ka vin ansent nan mwa kap vini an ?	□ Non □ Wi
10. Èské moun lan fimen ou pran vapè ?	□ Non □ Wi
11. Padan ané pasé a,èské moun lan résévwa transfusion san oubyen prodwi san, oubyen yo te bal youn médsin ki rélé iminitè (gamma) globin ?	□ Non □ Wi
12. Èské moun lan résévwa okenn vaksen nan 4 semenn pasé a ?	□ Non □ Wi

Déklarsyon de konsentman

Konsentman pou itilizasyon infòmasyon santé & devwa réklamé: Mwen dakò a kepi admèt résépsyon youn avis de pratik privé konsènan itilizasyon ak divilgasyon infòmasyon santé pésonel mwen pou wen opératwa, avèk dévwa tout payment de asirè ki mensyoné anwo a bay VaxCare asosyé ak sèvis contemplé isi a.

Siyati: X _____ **Dat:** _____

Yo rekómandé siyati Parent/Gadyen si pi piti ke 18 ans

Otorizasyon Vaksin: Siyati'm sou fòm sa indiké ke mwen rékomandé ke vaksin an anba kapab administer pou mwen oubyen pa réprézantan Koalisyon iminitè Indiana. Mwen bay Vaxcare, patnè Vaxcare (IIC), moun ki ap administrér ak youn pèsonèl fyab pou ninpòt réaksyon ki ka fèt. Inkondisyonèlman et irrévokableman lévé tout dwa jijman pa jiri, a youn éxtensyon maximum ki aksépté pa lalwa, pou ninpòt réklamasyon oubyen aksyon ki soulvé de oubyen relate pa sèvis la, epi ninpòt réklamsyon de se jan oubyen aksyon dwe tèminé sèlman sou youn baz individyèl a travè abitrasyon en akò ak règ abitrasyon komèsyal de Asosiasyon abitrasyon Amérikènn. Ni I ou IIC oubyen Vaxcare ka gen dwa pou réjwenn oubyen konsolidé réklamasyon nan abitrasyon oubyen kont lòt individi ou entité,oubyen abitré ninpòt réklamasyon en tan ke youn manb réprézentatif de youn klass oubyen kapasité avoka privé. Nan exposisyon okipasyonèl, IIC gen pèmisyon pasyan pou tésté san pou pasyan ak sékirité enplayé menm jan.

Mwen te li oubyen yo té éxpliké infòmasyon de infomasyon deklarasyon yo de vaksen epi konpran risk(ki inkli réyaksya advès yo) ak bénéfis vaksen yo. Si ap konsanté pou youn lòt, mwen gen otorité légal, bazé sou rélasyon'm ak individi indiké anwo, pou kosanti ak administrasyon vaksen sa yo.

Mwen konsanti a tèt mwen ak pitit mwen vaksiné ak tout vaksen rékòmandé kid we pran lè sa. Sim ta vlé réfizé ninpòt vaksen spécific,alò map rélé call 317-628-7116 oubyen adrès éléktronik: clinic@vaccinateindiana.org Vaksen ki ka adminstré bazé sou ou/ oubyen récord vaksen pitit ou: DTaP/Tdap,Hépatit A, Hépatit B, Haemophilus influenzae type b (HiB), Viris Papilom imen (HPV),Grip,MMR, Ménéjit,Polyo, Pneumi, Viris Rota, Varisèl, Zona, ak/ oubyen Covid-19, RSV

Siyati: X _____ **Dat:** _____

Yo rekómandé siyati Parent/Gadyen si pi piti ke 18 ans

INDIANA IMMUNIZATION COALITION

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: _____