

(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): _____
 ਫੋਨ #: (____) - _____ - _____ ਜਨਮ ਦੀ ਮਿਤੀ: ____/____/____ ਉਮਰ: ____
 ਲਿੰਗ (ਜੇ ਜਨਮ ਸਮੇਂ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ): ☐ ਮਹਿਲਾ ☐ ਪੁਰਸ਼
 ਡਾਕ ਪਤਾ: _____ ਸਹਿਰ: _____ 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 ☐ ਹੋਰ _____
 ਜਾਤੀ: ☐ ਹਿਸਪੈਨਿਕ/ਲਾਤੀਨੀ ☐ ਹਿਸਪੈਨਿਕ/ਲਾਤੀਨੀ ਨਹੀਂ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦਾ ਪੂਰਾ ਨਾਮ: _____
 ਵਿਦਿਆਰਥੀਆਂ ਲਈ: ਸਕੂਲ ਦਾ ਨਾਮ: _____ ਗ੍ਰੈਡ ਪੱਧਰ: _____

ਬੀਮੇ ਦੀ ਸਥਿਤੀ (ਖਾਨੇ 'ਤੇ ਸਹੀ ਲਗਾਓ)

☐ ਕੋਈ ਬੀਮਾ ਨਹੀਂ ਹੈ

☐ MEDICAID ☐ HHW ☐ HCC ☐ HIP ☐ CHIP
 ਕੰਪਨੀ: _____
 Medicaid #: _____

☐ MEDICARE
 Medicare #: _____
 ਮੈਬਰ 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/ਮੈਬਰ 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?	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ
2. ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਵਾਈ, ਭੋਜਨ, ਟੀਕੇ ਦੇ ਕਿਸੇ ਤੱਤ, ਜਾਂ ਲੈਟੈਕਸ ਤੋਂ ਕੋਈ ਐਲਰਜੀ ਹੈ? ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਐਲਰਜੀਆਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਬਣਾਓ:	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ
3. ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਦੇ ਵੀ ਟੀਕਾ ਲਗਵਾਉਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕੋਈ ਗੰਭੀਰ ਪ੍ਰਤੀਕਿਰਿਆ ਹੋਈ ਹੈ? ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਮਝਾਓ:	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ
4. ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਦੇ ਗਿਲਨ-ਬਾਰੇ ਸਿੰਡਰੋਮ (Guillain-Barre Syndrome, GBS) ਹੋਇਆ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ
6. ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੈਂਸਰ, ਲਿਊਕੀਮੀਆ, ਏਡਜ਼ ਜਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਇਮਿਊਨ ਸਿਸਟਮ ਸੰਬੰਧੀ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਹਨ?	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ
7. ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਦੇ ਦੌਰਾ ਪਿਆ ਹੈ ਜਾਂ ਦਿਮਾਗੀ ਜਾਂ ਹੋਰ ਨਰਵਸ ਸਿਸਟਮ ਸੰਬੰਧੀ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ
8. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕੋਰਟੀਸੋਨ, ਪ੍ਰੋਸਟੀਨੋਨ, ਸਟੀਰੋਇਡਜ਼ ਜਾਂ ਐਂਟੀ-ਕੈਂਸਰ ਦੀਆਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਦਵਾਈਆਂ ਲੈਂਦੇ ਹੋ, ਜਾਂ ਕੈਂਸਰ ਲਈ ਤੁਹਾਡਾ ਐਕਸ-ਰੇ ਇਲਾਜ ਹੋਇਆ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ
10. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਤਮਾਕੂਨੋਸ਼ੀ ਕਰਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਵੇਪ ਕਰਦੇ ਹੋ? ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਦੇ ਤਮਾਕੂਨੋਸ਼ੀ ਕੀਤੀ ਹੈ ਜਾਂ ਵੇਪ ਕੀਤਾ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ
12. ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਿਛਲੇ 4 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਟੀਕਾ ਲੱਗਿਆ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ

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 ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ 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 ਫੈਸਲਾ ਸਿਰਫ਼ ਆਰਬਿਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਦੇ ਜ਼ਰੀਏ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ ਜੋ ਅਮਰੀਕੀ ਆਰਬਿਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਐਸੋਸੀਏਸ਼ਨ ਦੇ ਕਮਰਸ਼ੀਅਲ 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 ਜੇਖਮ ਦਾ ਸਾਹਮਣਾ ਕਰਨਾ ਪਵੇ, ਤਾਂ IIC ਕੋਲ ਮਰੀਜ਼ ਅਤੇ ਕਰਮਚਾਰੀ ਦੀ ਇੱਕੋ ਜਿਹੀ ਸੁਰੱਖਿਆ ਲਈ ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਖੂਨ ਜਾਂਚਣ ਲਈ ਆਗਿਆ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਮੈਂ ਵੈਕਸੀਨ ਇਨਫੋਰਮੇਸ਼ਨ ਸਟੇਟਮੈਂਟ (ਸਟੇਟਮੈਂਟ) ਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਲਿਆ ਹੈ ਜਾਂ ਮੈਨੂੰ ਇਸ 'ਚ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਮਝਾ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੈ ਅਤੇ ਮੈਨੂੰ ਟੀਕੇ (ਟੀਕਿਆ) 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 (ਟੀਕਿਆ) ਨੂੰ ਲਗਵਾਉਣ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਚਾਹੁੰਦੀ ਹਾਂ,

ਤਾਂ ਮੈਂ 317-628-7116 ਤੇ ਫੋਨ 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 ਅਧਾਰ '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

(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 6 weeks - 6 years	8/6/21		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM
Dtap/IPV 4 years - 6 years	1/31/25		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM
Dtap/Hep B/IPV 6 weeks-6 years	1/31/25		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM
Dtap/Hib/IPV 6 weeks - 4 years	1/31/25		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM
Dtap/IPV/Hib/HepB 6 weeks - 4 years	1/31/25		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM
Hep A <input type="checkbox"/> adult 19 yr and up <input type="checkbox"/> pediatric 1 yr - 18 yr	1/31/25		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM
Hep B (2 dose series) 18 years and up	1/31/25		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM
Hep B (3 dose series) <input type="checkbox"/> adult 20 yrs and up <input type="checkbox"/> pediatric Birth-19 yrs	1/31/25		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM
Hib 6 weeks - 4 years	8/6/21		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM
HPV 9 yrs - 45 yrs	8/6/21		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm	<input type="checkbox"/> IM
Influenza 6 mos and up High Dose - 65yrs & up	1/31/25		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM
MCV4 1st dose: 10-15 yrs 2nd dose: 16 and up	1/31/25		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm	<input type="checkbox"/> IM
Men B 16 yrs - 23 yrs Bexsero / Trumenba	1/31/25		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm	<input type="checkbox"/> IM
MMR 1 year - 64 years	1/31/25		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> SC
MMRV 3 yrs - 12 yrs	1/31/25		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> SC
Pneumococcal 6 weeks - 4 years 50 years and up	5/12/23		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM
Polio 6 weeks and up	1/31/25		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC
Rotavirus 6 weeks - 8 mos.	10/15/21			<input type="checkbox"/> PO
RSV Infants - 19 mos. 60 yrs and up	1/31/25		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm	<input type="checkbox"/> IM
Tdap 7 years and up	1/31/25		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm	<input type="checkbox"/> IM
Varicella 1 year and up	1/31/25		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> SC
Zoster 50 yrs and up	2/4/22		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm	<input type="checkbox"/> IM
COVID	1/31/25		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm	<input type="checkbox"/> IM

VACCINATOR NAME AND CREDENTIALS: _____ DATE: _____