

印第安纳州免疫联盟（IIC）- 注册和同意书
6919 E 10th Street, Suite C2, Indianapolis, IN 46219

为接种疫苗的人填写以下内容：

患者法定姓名：名字 _____ 中间名 _____ 姓氏： _____

选定名称（如适用）： _____ 职业（如适用）： _____

电话号码： (____) - ____ - ____ 出生日期： ____/____/____ 年龄： ____

性别（出生时指定）：☐ 女 ☐ 男

邮寄地址： _____ 城市： _____ 国家： _____ 邮政编码： _____

种族：（勾选所有适用项）☐ 美洲印第安人/阿拉斯加原住民 ☐ 亚洲人 ☐ 黑人 ☐ 夏威夷原住民/太平洋岛民 ☐ 白人 ☐ 其他 种族：☐ 西班牙裔/拉丁裔 ☐ 非西班牙裔/拉丁裔 家长/监护人全名： _____

对于学生：学校名称： _____ 年级： _____

保险状态（复选框）

☐ 没有保险

☐ 医疗补助 ☐ HHW ☐ HCC ☐ HIP ☐ CHIP

公司： _____

联邦医疗补助编号： _____

☐ 医疗保险

联邦医疗保险编号： _____

会员 ID/组号（如适用）： _____

☐ 私人或商业保险（非医疗保险）如果可能的话，请附上卡片副本

公司： _____ 保单号/成员身份证号： _____ 组号： _____

保单持有人姓名： _____ 保单持有人出生日期： ____/____/____

保单持有人与患者的关系： _____

接种疫苗的人的健康筛查问题：

1. 你今天病了吗？ ☐ 否 ☐ 是

2. 对药物、食物、疫苗成分或乳胶过敏吗？请列出过敏反应： ☐ 否 ☐ 是

3. 你接种疫苗后有过严重的反应吗？如果是，请解释： ☐ 否 ☐ 是

4. 你曾经患过格林-巴利综合征（GBS）吗？ ☐ 否 ☐ 是

5. 您是否患有心脏病、肺病或肾病、代谢性疾病（如糖尿病）或其他血液疾病（如凝血障碍、镰状细胞病）等长期健康问题？ ☐ 否 ☐ 是

6. 您是否患有癌症、白血病、艾滋病或其他免疫系统疾病？ ☐ 否 ☐ 是

7. 您有癫痫发作或大脑或其他神经系统问题吗？ ☐ 否 ☐ 是

8. 您是否服用可的松、泼尼松、其他类固醇或抗癌药物，或接受过癌症x光治疗？ ☐ 否 ☐ 是

9. 对于女性来说，该人是否怀孕，或者下个月是否有可能怀孕？ ☐ 否 ☐ 是

10. 您抽烟还是吸电子烟？您抽烟或吸过电子烟吗？ ☐ 否 ☐ 是

11. 在过去的一年里，您是否接受过输血或血液制品，或服用过免疫（γ）球蛋白或抗病毒药物？ ☐ 否 ☐ 是

12. 您在过去 4 周内接种过疫苗吗？ ☐ 否 ☐ 是

印第安纳州免疫联盟（IIC）- 注册和同意书

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

同意书

同意使用受保护的健康信息和索赔转让：我特此同意并确认收到关于为医疗保健运营目的的使用和披露我的个人健康信息的隐私惯例通知，以及将上述保险公司的所有付款转让给与本协议拟议服务相关的第三方记账方。

*签名：X _____ 日期： _____

如果未满 18 岁，需要父母/监护人签名

疫苗授权：我在本表格上的签名表明，我已要求印第安纳州免疫联盟（IIC）代表为我或我的家属接种以下疫苗。

別の人に同意する場合、上記の個人との関係に基づいて、私にはこのワクチンの投与に同意する法的権限があります。我免除第三方计费人、IIC、管理人员和人员对应发生的任何反应的任何责任。我无条件且不可撤销地放弃在法律允许的最大范围内，对因本服务引起或与本服务有关的任何索赔或诉讼进行陪审团审判的任何权利，并且任何此类索赔或诉讼应根据美国仲裁协会的《商业仲裁规则》通过仲裁单独确定。本人、IIC 或第三方开票人均无权在仲裁中加入或合并其他个人或实体的索赔，也无权以集体代表成员或私人总检察长的身份仲裁任何索赔。在职业暴露的情况下，IIC 已获得患者的许可，可以进行血液检测，以确保患者和员工的安全。

我已经阅读或向我解释了疫苗信息声明中的信息，并了解疫苗的风险（包括不良反应）和益处。如果同意接种另一种疫苗，根据我与上述个人的关系，我有法律权力同意接种这种疫苗。

我同意自己/我的孩子接种此时到期的所有推荐疫苗。 如果我想拒绝任何特定的疫苗，那么我会致电 317-628-7116，电子邮件：clinic@vaccinateindiana.org 或与现场诊所负责人讨论。

可根据您/您孩子的疫苗接种记录接种的疫苗：DTaP/Tdap、甲型肝炎、乙型肝炎、乙型流感嗜血杆菌（HiB）、人乳头瘤病毒（HPV）、流感、MMR、脑膜炎、脊髓灰质炎、肺炎、轮状病毒、呼吸道合胞病毒（RSV）、水痘、佐斯特，和/或新冠肺炎。

*签名：X _____ 日期： _____

如果未满 18 岁，需要父母/监护人签名

印第安纳州免疫联盟（IIC）- 注册和同意书

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: _____