



Коалиция по иммунизации штата Индиана, ИС — Форма регистрации и согласия

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

Заполните следующие сведения о человеке, проходящем вакцинацию:

Официальное имя пациента: Имя: _____ Отчество: _____ Фамилия: _____

Предпочитаемое имя (если применимо): _____ Род занятий (если применимо): _____

Номер телефона: (____) - ____ - ____ Дата рождения: ____ / ____ / ____ Возраст: ____

Пол (указанный при рождении): ☐ Ж ☐ М

Почтовый адрес: _____ Город: _____ Штат: _____ Индекс: _____

Раса: (выберите все подходящие варианты) ☐ Американский индеец/коренной житель Аляски ☐ Азиат ☐ Темнокожий ☐ Коренной житель Гавайских островов/островов Тихого океана ☐ Белый ☐ Другое _____Национальность: ☐ испаноговорящий/латиноамериканец ☐ не испаноговорящий/латиноамериканец

Полное имя родителя/опекуна: _____

Для учащихся: Название школы: _____ Класс: _____

Страховой статус (отметьте галочкой)

☐ НЕТ СТРАХОВКИ☐ MEDICAID ☐ HHW ☐ HCC ☐ HIP ☐ CHIP

Компания: _____

Идентификационный номер Medicaid: _____

☐ MEDICARE

Идентификационный номер Medicare: _____

Идентификационный номер члена / группы (если применимо): _____

☐ ЧАСТНАЯ или КОММЕРЧЕСКАЯ СТРАХОВКА (НЕ MEDICAID) Если возможно, приложите к форме копию карточки

Компания: _____ Номер полиса/члена: _____ Номер группы: _____

Имя держателя полиса: _____ Дата рождения держателя полиса: ____ / ____ / ____

Отношения держателя полиса с пациентом: _____

Медицинская анкета для вакцинируемого:

(yes)

(no)

1. Больны ли вы сегодня?	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
2. Есть ли у вас аллергия на лекарственные препараты, продукты питания, компонент вакцины или латексные изделия? Укажите виды аллергии при наличии:	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
3. У вас когда-нибудь возникала серьезная реакция на прививку? Если да, расскажите подробнее:	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
4. У вас когда-нибудь диагностировали синдром Гийена — Барре (СГБ)?	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
5. Есть ли у вас хронические заболевания сердца, легких или почек, нарушения обмена веществ (например, диабет) или другие заболевания кровеносной системы (например, нарушения свертывания крови, серповидноклеточная анемия)?	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
6. Есть ли у вас онкологические заболевания, лейкемия, СПИД или другие нарушения иммунной системы?	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
7. У вас когда-нибудь были эпилептические приступы или другие нарушения работы мозга / нервной системы?	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
8. Вы принимаете кортизон, преднизон, другие стероидные или противоопухолевые препараты или проходили лучевую терапию от онкологического заболевания?	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
9. Для женщин — вы беременны или можете забеременеть в течение следующего месяца?	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да

Коалиция по иммунизации штата Индиана, ИС — Форма регистрации и согласия

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

10. Вы курите (в том числе электронные сигареты)? Курили ли вы когда-нибудь (в том числе электронные сигареты)?	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
11. За последний год вам делали переливание крови или ее компонентов или вводили иммуноглобулины (гамма-глобулин) или противовирусный препарат?	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
12. За последние 4 недели вам делали какие-либо прививки?	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да

Заявления о согласии

Согласие на использование защищенной медицинской информации и передачу страхового возмещения: настоящим я подтверждаю согласие с и принимаю положения Уведомления о порядке обращения с личной информацией в отношении использования и раскрытия моих персональных данных о состоянии здоровья в целях проведения медицинских процедур, а также

согласие на передачу в полном объеме третьей стороне оплаты, полученной от указанной выше страховой организации, по счету за оказание услуг, предусмотренных настоящим документом.

***Подпись: X** _____ **Дата:** _____

Для лиц младше 18 лет необходима подпись родителя/опекуна

Уполномочивание на введение вакцины: моя подпись в настоящей форме означает, что нижеуказанная вакцина вводится мне или моему иждивенцу

представителем Indiana Immunization Coalition (Коалиция по иммунизации штата Индиана, ИС) по моему запросу. В случае возникновения любых реакций третья сторона, выставяющая счет, ИС, лицо, осуществляющее введение вакцины, и иной персонал освобождаются от любой ответственности. Я безусловно и безоговорочно отказываюсь от любых прав на суд присяжных в той мере, в которой это разрешено законом, по любым претензиям или искам вследствие или в связи с оказанием услуг, предусмотренных настоящим документом. Любая подобная претензия или иск рассматриваются исключительно в индивидуальном порядке путем арбитражного разбирательства в соответствии с Правилами коммерческого арбитража, установленными Американской арбитражной ассоциацией (American Arbitration Association).

Ни одна из сторон, каковыми являюсь я, ИС и третья сторона, выставяющая счет, не имеет права вступать в арбитражное разбирательство по искам от или против других лиц или организаций путем присоединения к иску или подачи самостоятельного иска с целью объединения производства по нескольким искам, а также подавать любые арбитражные иски в качестве представителя группы истцов или адвоката, защищающего публичные интересы. В случае контакта персонала ИС с кровью пациента в ходе исполнения профессиональных обязанностей пациент дает ИС разрешение на проведение анализа крови для защиты здоровья как пациента, так и сотрудников.

Я прочитал(-а) или получил(-а) разъяснения сведений, содержащихся в Информационном бюллетене (бюллетенях) вакцины (вакцин) и понимаю риски (включая нежелательные реакции) и благоприятные эффекты от введения вакцины (вакцин). В случае дачи согласия от имени другого лица я, на основании характера отношений с вышеуказанным лицом, обладаю соответствующими законными полномочиями дать согласие на введение вакцины (вакцин).

Я даю согласие на введение мне / моему ребенку всех рекомендуемых вакцин, необходимых в данный момент согласно графику вакцинации. Если я хочу отказаться от конкретной вакцины (вакцин),

я позвоню по телефону 317-628-7116, напишу на адрес электронной почты clinic@vaccinateindiana.org или обращусь к ответственному лицу выездного мероприятия на месте проведения.

С учетом вашей карты вакцинации или карты вакцинации вашего ребенка могут быть введены вакцины от следующих инфекций: коклюш+дифтерия+столбняк (вакцина DTaP/Tdap), гепатит А, гепатит В, гемофильная палочка типа b (Hib), вирус папилломы человека (ВПЧ), грипп, корь+эпидемический паротит+краснуха (вакцина MMR), менингит, полиомиелит, пневмония, ротавирусная инфекция, респираторно-синцитиальный вирус человека (РСВ), ветряная оспа, опоясывающий герпес и/или Covid-19.

***Подпись: X** _____ **Дата:** _____

Для лиц младше 18 лет необходима подпись родителя/опекуна



Коалиция по имунизации штата Индиана, ИС — Форма регистрации и согласия

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"/> L thigh	<input type="checkbox"/> R arm <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"/> L thigh	<input type="checkbox"/> R arm <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"/> L thigh	<input type="checkbox"/> R arm <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"/> L thigh	<input type="checkbox"/> R arm <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"/> L thigh	<input type="checkbox"/> R arm <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"/> L thigh	<input type="checkbox"/> R arm <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"/> L thigh	<input type="checkbox"/> R arm <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"/> L thigh	<input type="checkbox"/> R arm <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"/> L thigh	<input type="checkbox"/> R arm <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"/> L thigh	<input type="checkbox"/> R arm <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"/> L thigh	<input type="checkbox"/> R arm <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"/> L thigh	<input type="checkbox"/> R arm <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"/> L thigh	<input type="checkbox"/> R arm <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"/> L thigh	<input type="checkbox"/> R arm <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"/> SC



Коалиция по иммунизации штата Индиана, ИС — Форма регистрации и согласия

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

			<input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	
Zoster <i>50 yrs and up</i>	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: _____