

Àjòṣepọ̀ Ètò Abẹ́rẹ̀ Àṣesára Indiana (IIC) - Fọ̀mù Iforúkọ̀sílẹ̀ àti Ìgbànilááyẹ̀

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

Parí àwọn wònyí fún ẹ̀ni tó ń gba abẹ́rẹ̀ àṣesára:

Orúkọ̀ Ọ̀fin Aláìsàn: Àkọ́kọ́ _____ Àárín _____ Ìkẹyìn: _____

Orúkọ̀ tí o yàn (tó bá nìṣe): _____ Iṣẹ́ (tó bá nìṣe): _____

Fóònu #: (____) - ____ - ____ Ojọ̀ ibi: ____ / ____ / ____ Ojọ̀ orí: ____ Akọ̀ tàbí abo (tí a yàn ní ìbímo): ☐ F ☐ M

Àdírẹ̀sì Ifiwéranṣẹ́: _____ Ilú: _____ Ìpínlẹ̀: _____ kóòdù ZIP: _____

Ìran: (Sààmì sí gbogbo ohun tó nìṣe) ☐ American Indian/Alaskan Native ☐ Asian ☐ Black ☐ Native Hawaiian/Pacific Islander ☐ White ☐ Òmíràn _____

Ẹ̀yà: ☐ Hispanic/Latino ☐ Kíí ṣe Hispanic/Latino

Orúkọ̀ Kíkún Òbí/Alágbàtọ̀: _____

Fún àwọn akẹ́kọ̀: Orúkọ̀ Ilé-ìwé: _____ Ìpele gírẹ́edì: _____

Ipò Adójúútòfò (Àpótí adarí yíyàn)

☐ KÒ SÍ ADÓJÚTÒFÒ

<input type="checkbox"/> MEDICAID Ilé-ìṣẹ́: _____ Medicaid #: _____	<input type="checkbox"/> HHW <input type="checkbox"/> HCC <input type="checkbox"/> HIP <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> MEDICARE Medicare #: _____ Ìdánimọ̀ ọ̀mọ̀ ẹgbẹ́ / Ẹgbẹ́ # (tó bá nìṣe): _____
---	--

☐ ADÓJÚTÒFÒ ALÁDANI tàbí GBOGBOGBÒ (KÍÍ ṢE MEDICAID) So ẹ̀dà kààdì kan mó fọ̀mù tó bá ṣeéṣe

Ilé-ìṣẹ́: _____ Policy/Ìdánimọ̀ ọ̀mọ̀ ẹgbẹ́: _____ Ẹgbẹ́ #: _____

Orúkọ̀ Elétò Ìmúlò: _____ Ojọ̀ ibi Elétò Ìmúlò: ____ / ____ / ____

Ìbáṣepọ̀ Elétò Ìmúlò pẹ̀lú Aláìsàn: _____

Àwọn Ìbèèrẹ̀ Àyèwò Ìlera fún Ẹ̀ni tó ń Gba Abẹ́rẹ̀ Àṣesára:

(yes) (no)

1. Ṣé o ṣàìsàn lóníí?	<input type="checkbox"/> Bẹ̀ẹ̀ni <input type="checkbox"/> Bẹ̀ẹ̀kọ̀
2. Ẹ̀yíkẹ́yí ifèsì ara sí òògùn, oúnjẹ, èròjà àṣesára kan, tàbí rọ̀bà tí kò bá ní lára mu? Jòwọ̀ ṣe àkọ̀sílẹ̀ àwọn ifèsì ara sí ohun tí kò bá ní lára mu:	<input type="checkbox"/> Bẹ̀ẹ̀ni <input type="checkbox"/> Bẹ̀ẹ̀kọ̀
3. Ẹ̀ni jẹ́ o tí ní ìhùwàsí tó lágbára kan lẹ́hìn tí o gba abẹ́rẹ̀ àṣesára kan? Tó bá jẹ́ bẹ̀ẹ̀ni, jòwọ̀ ṣàlàyé:	<input type="checkbox"/> Bẹ̀ẹ̀ni <input type="checkbox"/> Bẹ̀ẹ̀kọ̀
4. Ẹ̀ni jẹ́ o tí ní Àìsàn Guillain-Barre (GBS) rí?	<input type="checkbox"/> Bẹ̀ẹ̀ni <input type="checkbox"/> Bẹ̀ẹ̀kọ̀
5. Ṣe o ní ìṣòro ìlera ìgbà pípẹ̀ pẹ̀lú ọ̀kàn, ẹ̀dọfóró tàbí àrùn kíndínrín, àrùn ìṣelọ̀pọ̀ (fún àpẹ̀rẹ̀ àtògbẹ̀) tàbí àwọn àìlera èjẹ̀ mìíràn (fún àpẹ̀rẹ̀ àìlera èjẹ̀ dídí, arunmọ̀léègun)?	<input type="checkbox"/> Bẹ̀ẹ̀ni <input type="checkbox"/> Bẹ̀ẹ̀kọ̀
6. Ṣé o ní jejẹ̀rẹ̀, àìsàn èjẹ̀, àrùn kògbòòògùn tàbí ẹ̀yíkẹ́yí àwọn ifiyèsí ètò àṣesára mìíràn?	<input type="checkbox"/> Bẹ̀ẹ̀ni <input type="checkbox"/> Bẹ̀ẹ̀kọ̀
7. Ẹ̀ni jẹ́ o tí ní ìmúlójìjì tàbí ìṣòro ọ̀pọ̀lọ̀ tàbí ètò ìṣan mìíràn rí?	<input type="checkbox"/> Bẹ̀ẹ̀ni <input type="checkbox"/> Bẹ̀ẹ̀kọ̀
8. Ṣe o ń lo cortisone, prednisone, àwọn sítéríqùdù mìíràn tàbí àwọn òògùn jejẹ̀rẹ̀, tàbí tí ní àwọn itọ́jú iyàwòrán ara fún jejẹ̀rẹ̀?	<input type="checkbox"/> Bẹ̀ẹ̀ni <input type="checkbox"/> Bẹ̀ẹ̀kọ̀
9. Fún àwọn obínrin - Ṣé ẹ̀ni náà lóyún tàbí ànfàní wà pé wón lè lóyún lósù tó ń bọ̀?	<input type="checkbox"/> Bẹ̀ẹ̀ni <input type="checkbox"/> Bẹ̀ẹ̀kọ̀
10. Ṣe o ń fa sığá tàbí vape? Ẹ̀ni jẹ́ o tí fa sığá rí tàbí vape?	<input type="checkbox"/> Bẹ̀ẹ̀ni <input type="checkbox"/> Bẹ̀ẹ̀kọ̀
11. Lákòókò ọ̀dún tó kọ́já, ṣé o gba èjẹ̀ tàbí àwọn nhkan tí èjẹ̀, tàbí wón tí fún ọ̀ ní àṣesára (gamma) globulin tàbí òògùn kòkòrò àrùn fáírọ̀sì?	<input type="checkbox"/> Bẹ̀ẹ̀ni <input type="checkbox"/> Bẹ̀ẹ̀kọ̀
12. Ẹ̀ni jẹ́ o tí gba ẹ̀yíkẹ́yí abẹ́rẹ̀ àṣesára ní àwọn ọ̀sẹ̀ 4 sẹ́yìn?	<input type="checkbox"/> Bẹ̀ẹ̀ni <input type="checkbox"/> Bẹ̀ẹ̀kọ̀

Àjòṣepọ̀ Ètò Abẹ́rẹ̀ Àjẹ́sára Indiana (IIC) - Fọ́mù Ìforúkọ̀sílẹ̀ àti Ìgbànilááyẹ̀

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

Àwọn Ọ̀rọ̀ Ìgbànilááyẹ̀

Ìgbànilááyẹ̀ fún Líló Ìròyìn Ìlera Tí A Dáàbò Bọ̀ àti Ìṣẹ̀ Ìbèèrẹ̀: Mo ní bá yíí gbà sí mo sì jẹwọ̀ gbígba Àkíyèsí tí Ìkọ̀kọ̀ Àwọn Ìṣẹ̀ nípa lílò àti ìfihàn tí àlàyé ìlera tí ara ẹ̀ni mí fún ìdì tí àwọn Ìṣẹ̀ Ìtọ́jú ìlera, pẹ̀lú àwọn Ìṣẹ̀ gbogbo tí isanwó láti ọ̀dọ̀ onídúró tí a ẹ̀ ẹ̀kọ̀sílẹ̀ rẹ̀ lókè sí ẹ̀ni kẹ̀ta tó ń sanwó tó ní ẹ̀ pẹ̀lú àwọn Ìṣẹ̀ tí wọn ronú nípa rẹ̀ níbí.

***Ìbuwọ̀lù: X**

Déèti:

Ìbuwọ̀lù ọ̀bí/Alágbatọ́ tí a nílò tí kò bá tī pé ọ̀mọ ọ̀dún 18

Ìfúnniláṣẹ̀ Abẹ́rẹ̀ àjẹ́sára: Ìbuwọ̀lù mí lórí fọ́mù yíí fihàn pé mo tí bèèrẹ̀ pé abẹ́rẹ̀ àjẹ́sára tí a tọ́ka sí ní ìsàlẹ̀ ní kí a fún mí tàbí ẹ̀ni tó gbẹ̀kẹ̀lé mí nípasẹ̀ aṣojú Àjòṣepọ̀ Ètò Abẹ́rẹ̀ Àjẹ́sára Indiana (IIC). Mo ẹ̀ ní ìrọ̀rùn fún ẹ̀ni kẹ̀ta tó ń sanwó, IIC, ẹ̀ni tí ó ń fún mí ní abẹ́rẹ̀ àjẹ́sára àti

àwọn ọ̀sìṣẹ̀ èyíkéyíí ẹ̀bí fún èyíkéyíí ìhùwàsí tó yẹ kí ó ẹ̀lẹ̀. Mo fí ẹ̀tọ̀ èyíkéyíí sílẹ̀ láìsí àdéhùn àti àpadà sẹ̀yìn sí ìgbẹ̀jọ̀ láti ọ̀wọ̀ àwọn adájọ̀, tí tì kan ìwọ̀n èyí tó pọ̀ jù

tí a gbà láàyẹ̀ nípasẹ̀ ọ̀fin, fún èyíkéyíí ẹ̀tọ̀ tàbí ìgbésẹ̀ tó dídẹ̀ láti tàbí tó ní ìbátan sí Ìṣẹ̀ yíí, àti pé a ó nìkan pinnu èyíkéyíí irú ẹ̀tọ̀ tàbí ìgbésẹ̀

tó níṣe pẹ̀lú ẹ̀ni kọ̀ọ̀kan nípasẹ̀ ìdájọ̀ ní ìbámu pẹ̀lú Àwọn Ọ̀fin Ìdájọ̀ Gbogbogbò tí Àjọ̀ Ìdájọ̀ Amẹ́ríkà.

Èmi tàbí IIC tàbí ẹ̀ni kẹ̀ta kò ní ní ẹ̀tọ̀ láti darapọ̀ tàbí ẹ̀ ẹ̀kọ̀jọ̀pọ̀ àwọn ẹ̀tọ̀ nínú ìdájọ̀ láti ọ̀wọ̀ tàbí lòdì sí àwọn ènìyàn tàbí àjọ̀ miiran, tàbí kí wọn ẹ̀ ìdájọ̀ èyíkéyíí ẹ̀tọ̀ gégé bí ọ̀mọ ẹ̀gbẹ̀ aṣojú kílààsí kan tàbí ní agbára agbẹ̀jọ̀rò agbà aládaani. Nínú Ọ̀rọ̀ Ìfihàn Ìṣẹ̀, IIC ní àṣẹ̀ aláìsàn fún àyẹ̀wò ẹ̀jẹ̀ fún aláìsàn àti ààbò àwọn ọ̀sìṣẹ̀ bákan náà.

Mo tí kà tàbí tí sàlàyé fún mí àlàyé láti (Àwọn) Gbólóhùn Àlàyé Abẹ́rẹ̀ Àjẹ́sára àti lóye àwọn ewu (pẹ̀lú

àwọn ìhùwàsí tí ìkọ̀lù) àti àwọn àhfaani (àwọn) abẹ́rẹ̀ àjẹ́sára náà. Tí mo bá ẹ̀ ìgbànilááyẹ̀ fún ẹ̀lòmíràn, mo ní àṣẹ̀ ọ̀fin, tó dá lórí ìbáṣepọ̀ mí pẹ̀lú ẹ̀ni náà

tí a tọ́ka sí lókè, láti gbà sí gbígba (àwọn) abẹ́rẹ̀ àjẹ́sára yíí.

Mo gbà fún ara mí/ọ̀mọ mí láti gba gbogbo abẹ́rẹ̀ àjẹ́sára tí a dábaa tó yẹ ní àkókò yíí. Tí mo bá fẹ̀ kọ̀ èyíkéyíí pàtó

(àwọn) abẹ́rẹ̀ àjẹ́sára, lẹ́yìn náà màà pé 317-628-7116, ímèlì: clinic@vaccinateindiana.org tàbí jíròrò pẹ̀lú aṣáájú iwòsàn tí ibùdó.

Àwọn abẹ́rẹ̀ àjẹ́sára tí a lè fún ní tó dá lórí àkọ̀sílẹ̀ abẹ́rẹ̀ àjẹ́sára iwọ̀/ọ̀mọ ẹ̀: Ààrùn DTaP / Tdap, Ààrùn Jẹ̀dọ̀jẹ̀dọ̀ A, Ààrùn Jẹ̀dọ̀jẹ̀dọ̀ B, Ààrùn Haemophilus influenzae

irúfẹ̀ b (Hib), Fáírọ̀q̀sì Papilloma tí Ènìyàn (HPV), Ibà fúlù, MMR, Ààrùn yírùnyírùn, Àìsàn rọ̀pá̀rọ̀sẹ̀, Àìsàn ọ̀tùtù àyà, Fáírọ̀q̀sì rota, Fáírọ̀q̀sì Respiratory Syncytial (RSV), Varicella, Zoster, àti/tàbí Ààrùn Covid-19.

***Ìbuwọ̀lù: X**

Déèti:

Ìbuwọ̀lù ọ̀bí/Alágbatọ́ tí a nílò tí kò bá tī pé ọ̀mọ ọ̀dún 18

Àjòṣepò Ètò Abéré Àjèsára Indiana (IIC) - Fọ̀mù Ìforúkọ̀sílẹ̀ àti Ìgbanilááyè

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

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: _____