



Indiana Immunization Coalition (IIC) – Registration and Consent Form

Tigrinya

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

<p>ነቲ ዝኸተብ ዘለዎ ሰብ ብዝምልከት ነዚ ዝስዕብ ምልክቶ፦</p> <p>ሕጋዊ ስም ተሓካሚ፦ ናይ መጀመርታ (መጽውዒ ስም) _____ ማእኸል (ስም ኣብ) _____ መወዳእታ (ስም ኣብሓሳ)፦ _____</p> <p>ዝተመረጸ ስም (ተፈጻምነት ዘለዎ እንተኾይኑ)፦ _____ ሞያ (ተፈጻምነት እንተኾይኑ)፦ _____</p> <p>ስልኪ፦ (____) - _____ - _____ ዕለተ ልደት፦ ____/____/____ ዕድሙ፦ _____ ጾታ (እብ እዋን ልደት ዝተውሃበ)፦ <input type="checkbox"/> ኣን <input type="checkbox"/> ተባ</p> <p>ናይ ፖስታ ኣድራሻ፦ _____ ከተማ፦ _____ ግዝኣት፦ _____ ዚፕ ኮድ፦ _____</p> <p>ዓለት፦ (እብ ኩሉ ዝምልከቶ ምልክት ግበሩ) <input type="checkbox"/> ኣሜሪካዊ ህንጻዊ/ተወላዲ ኣላስካ <input type="checkbox"/> ኤስያዊ <input type="checkbox"/> ጸሊም <input type="checkbox"/> ተወላዲ ሃዋይ/ደሴት ፓሲፊክ <input type="checkbox"/> ጸዕዳ <input type="checkbox"/> ካልእ _____</p> <p>ብሄር፦ <input type="checkbox"/> ከጳኖዊ/ላቲኖ <input type="checkbox"/> ከጳኖዊ/ላቲኖ ዘይኮን</p> <p>ምሉእ ስም ወላዲ/ኣላዩ፦ _____ ን ተምሃር፦ ስም ቤት ትምህርቲ፦ _____</p> <p>ደረጃ ክፍሊ፦ _____</p>																																								
<p>ኩነታት መድሕን (ኣብቲ ሳጹን ምልክት ግበሩ)</p> <p><input type="checkbox"/> መድሕን የብሉን</p> <table border="1"> <tr> <td> <input type="checkbox"/> MEDICAID <input type="checkbox"/> HHW <input type="checkbox"/> HCC <input type="checkbox"/> HIP <input type="checkbox"/> CHIP ከባንያ፦ _____ ቁጽረ Medicaid፦ _____ </td> <td> <input type="checkbox"/> MEDICARE ቁጽረ Medicare #፦ _____ </td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> ናይ ብሕቲ ወይ ንግዳዊ መድሕን (MEDICAID ዘይኮን) እንተተኸኢሉ ቅዳሕ ካርድ ናብ ቅጥዒ ኣተሓሕዙ ከባንያ፦ _____ ፖሊሲ/መለለዪ ኣባል፦ _____ ቁጽረ ጉጅለ፦ _____ ስም ወናኒ ፖሊሲ፦ _____ ወናኒ ፖሊሲ ዕለት ልደት፦ ____/____/____ ርክብ ወናኒ ፖሊሲ ምስ ተሓካሚ ዘለዎ ርክብ፦ _____</p>		<input type="checkbox"/> MEDICAID <input type="checkbox"/> HHW <input type="checkbox"/> HCC <input type="checkbox"/> HIP <input type="checkbox"/> CHIP ከባንያ፦ _____ ቁጽረ Medicaid፦ _____	<input type="checkbox"/> MEDICARE ቁጽረ Medicare #፦ _____																																					
<input type="checkbox"/> MEDICAID <input type="checkbox"/> HHW <input type="checkbox"/> HCC <input type="checkbox"/> HIP <input type="checkbox"/> CHIP ከባንያ፦ _____ ቁጽረ Medicaid፦ _____	<input type="checkbox"/> MEDICARE ቁጽረ Medicare #፦ _____																																							
<p>ሕቶታት ምጽራይ ጥዕና ነቲ ዝኸተብ ሰብ፦</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>(No)</th> <th>(Yes)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ሎሚ ሓሚምኩም ዲኹም?</td> <td><input type="checkbox"/> ኣይፋልን</td> <td><input type="checkbox"/> እወ</td> </tr> <tr> <td>2. ዝኾነ ን መድሃኒት፣ ምግብ፣ ንቐመም ክታብት፣ ወይ ላቲክስ ኣለርጂ ኣለክ ድዩ? ብኸብረትኩም ነቶም ዘለዉኹም ኣለርጂታት ዘርዝሩ፦</td> <td><input type="checkbox"/> ኣይፋልን</td> <td><input type="checkbox"/> እወ</td> </tr> <tr> <td>3. ክታብት ምስ ወሰድኩም ከቢድ ግብረ መልሲ ኣጋጢሙኩም ይፈልጥ ድዩ? እወ እንተኾይኑ፣ ብኸብረትኩም ግለጹ፦</td> <td><input type="checkbox"/> ኣይፋልን</td> <td><input type="checkbox"/> እወ</td> </tr> <tr> <td>4. ጉላን-ባረ ሲንድሮም (Guillain-Barre Syndrome, GBS) ሓዘኩም ይፈልጥ ድዩ?</td> <td><input type="checkbox"/> ኣይፋልን</td> <td><input type="checkbox"/> እወ</td> </tr> <tr> <td>5. ሕማም ልቢ፣ ሳንቡለ ወይ ኩሊት፣ ሚታቦሊክ ሕማም (ንኣብነት፦ ሕማም ሽኮር) ወይ ካልእ ጸገማት ደም (ንኣብነት፦ ምዝንባዕ ምርጋእ ደም፣ ሲክለ ሲል) ናይ ነዊሕ-ግዜ ጸገም ጥዕና ኣለኩም ድዩ?</td> <td><input type="checkbox"/> ኣይፋልን</td> <td><input type="checkbox"/> እወ</td> </tr> <tr> <td>6. መንሽሮ(ካንሰር)፣ ሉኪሚያ፣ ኤድስ ወይ ካልኦት ምስ ስርዓተ ምክልኻል ዝዛመዱ ከክፍታታት ኣለዉኻ ድዩም?</td> <td><input type="checkbox"/> ኣይፋልን</td> <td><input type="checkbox"/> እወ</td> </tr> <tr> <td>7. ናይ ምውጻቕ ወይ ናይ ሓንጎል ወይ ካልእ ናይ ስርዓተ ነርቭ ጸገም ኣጋጢምኩም ይፈልጥ ዶ?</td> <td><input type="checkbox"/> ኣይፋልን</td> <td><input type="checkbox"/> እወ</td> </tr> <tr> <td>8. ኮርቲሶን፣ ፕሪድኒሶን፣ ካልኦት ስቲሮይድ ወይ ጸረ-መንሽሮ(ካንሰር) መድሃኒታት ትወስድ ዲኻ፣ ወይስ ንመንሽሮ(ካንሰር) ራጂ ሕክምና ጌርኩም ትፈልጡ ዶ?</td> <td><input type="checkbox"/> ኣይፋልን</td> <td><input type="checkbox"/> እወ</td> </tr> <tr> <td>9. ንደቂ ኣንስትዮ፦ እታ ዓል ኣንስተይቲ ጥንስቲ ድያ ወይስ ኣብ ዝቐጽል ወርሒ ክትጠንስ ትኽእለሉ ዕድል ኣሎ ድዩ?</td> <td><input type="checkbox"/> ኣይፋልን</td> <td><input type="checkbox"/> እወ</td> </tr> <tr> <td>10. ሽጋራ ተትክሽ ዲኻ ወይስ ቫይፕ ትገብሩ ዲኹም? ሽጋራ ኣትኪሽኩም ወይ ቫይፕ ጌርኩም ትፈልጡ ዲኹም?</td> <td><input type="checkbox"/> ኣይፋልን</td> <td><input type="checkbox"/> እወ</td> </tr> <tr> <td>11. ኣብ ዝሓለፉ ዓመት፣ ደም ወይ ፍርያት ደም ተሰጋጊሩልካ ድዩ፣ ወይስ ኢሚዩን (ጋማ) ግለብሉን ወይ ጸረ ቫይረስ መድሃኒት ተዋሂብኩም ይፈልጥ ዶ?</td> <td><input type="checkbox"/> ኣይፋልን</td> <td><input type="checkbox"/> እወ</td> </tr> <tr> <td>12. ኣብ ተን ዝሓለፉ 4 ሰሙናት ዝኾነ ክታብት ወሲድካ ዲኻ?</td> <td><input type="checkbox"/> ኣይፋልን</td> <td><input type="checkbox"/> እወ</td> </tr> </tbody> </table>			(No)	(Yes)	1. ሎሚ ሓሚምኩም ዲኹም?	<input type="checkbox"/> ኣይፋልን	<input type="checkbox"/> እወ	2. ዝኾነ ን መድሃኒት፣ ምግብ፣ ንቐመም ክታብት፣ ወይ ላቲክስ ኣለርጂ ኣለክ ድዩ? ብኸብረትኩም ነቶም ዘለዉኹም ኣለርጂታት ዘርዝሩ፦	<input type="checkbox"/> ኣይፋልን	<input type="checkbox"/> እወ	3. ክታብት ምስ ወሰድኩም ከቢድ ግብረ መልሲ ኣጋጢሙኩም ይፈልጥ ድዩ? እወ እንተኾይኑ፣ ብኸብረትኩም ግለጹ፦	<input type="checkbox"/> ኣይፋልን	<input type="checkbox"/> እወ	4. ጉላን-ባረ ሲንድሮም (Guillain-Barre Syndrome, GBS) ሓዘኩም ይፈልጥ ድዩ?	<input type="checkbox"/> ኣይፋልን	<input type="checkbox"/> እወ	5. ሕማም ልቢ፣ ሳንቡለ ወይ ኩሊት፣ ሚታቦሊክ ሕማም (ንኣብነት፦ ሕማም ሽኮር) ወይ ካልእ ጸገማት ደም (ንኣብነት፦ ምዝንባዕ ምርጋእ ደም፣ ሲክለ ሲል) ናይ ነዊሕ-ግዜ ጸገም ጥዕና ኣለኩም ድዩ?	<input type="checkbox"/> ኣይፋልን	<input type="checkbox"/> እወ	6. መንሽሮ(ካንሰር)፣ ሉኪሚያ፣ ኤድስ ወይ ካልኦት ምስ ስርዓተ ምክልኻል ዝዛመዱ ከክፍታታት ኣለዉኻ ድዩም?	<input type="checkbox"/> ኣይፋልን	<input type="checkbox"/> እወ	7. ናይ ምውጻቕ ወይ ናይ ሓንጎል ወይ ካልእ ናይ ስርዓተ ነርቭ ጸገም ኣጋጢምኩም ይፈልጥ ዶ?	<input type="checkbox"/> ኣይፋልን	<input type="checkbox"/> እወ	8. ኮርቲሶን፣ ፕሪድኒሶን፣ ካልኦት ስቲሮይድ ወይ ጸረ-መንሽሮ(ካንሰር) መድሃኒታት ትወስድ ዲኻ፣ ወይስ ንመንሽሮ(ካንሰር) ራጂ ሕክምና ጌርኩም ትፈልጡ ዶ?	<input type="checkbox"/> ኣይፋልን	<input type="checkbox"/> እወ	9. ንደቂ ኣንስትዮ፦ እታ ዓል ኣንስተይቲ ጥንስቲ ድያ ወይስ ኣብ ዝቐጽል ወርሒ ክትጠንስ ትኽእለሉ ዕድል ኣሎ ድዩ?	<input type="checkbox"/> ኣይፋልን	<input type="checkbox"/> እወ	10. ሽጋራ ተትክሽ ዲኻ ወይስ ቫይፕ ትገብሩ ዲኹም? ሽጋራ ኣትኪሽኩም ወይ ቫይፕ ጌርኩም ትፈልጡ ዲኹም?	<input type="checkbox"/> ኣይፋልን	<input type="checkbox"/> እወ	11. ኣብ ዝሓለፉ ዓመት፣ ደም ወይ ፍርያት ደም ተሰጋጊሩልካ ድዩ፣ ወይስ ኢሚዩን (ጋማ) ግለብሉን ወይ ጸረ ቫይረስ መድሃኒት ተዋሂብኩም ይፈልጥ ዶ?	<input type="checkbox"/> ኣይፋልን	<input type="checkbox"/> እወ	12. ኣብ ተን ዝሓለፉ 4 ሰሙናት ዝኾነ ክታብት ወሲድካ ዲኻ?	<input type="checkbox"/> ኣይፋልን	<input type="checkbox"/> እወ
	(No)	(Yes)																																						
1. ሎሚ ሓሚምኩም ዲኹም?	<input type="checkbox"/> ኣይፋልን	<input type="checkbox"/> እወ																																						
2. ዝኾነ ን መድሃኒት፣ ምግብ፣ ንቐመም ክታብት፣ ወይ ላቲክስ ኣለርጂ ኣለክ ድዩ? ብኸብረትኩም ነቶም ዘለዉኹም ኣለርጂታት ዘርዝሩ፦	<input type="checkbox"/> ኣይፋልን	<input type="checkbox"/> እወ																																						
3. ክታብት ምስ ወሰድኩም ከቢድ ግብረ መልሲ ኣጋጢሙኩም ይፈልጥ ድዩ? እወ እንተኾይኑ፣ ብኸብረትኩም ግለጹ፦	<input type="checkbox"/> ኣይፋልን	<input type="checkbox"/> እወ																																						
4. ጉላን-ባረ ሲንድሮም (Guillain-Barre Syndrome, GBS) ሓዘኩም ይፈልጥ ድዩ?	<input type="checkbox"/> ኣይፋልን	<input type="checkbox"/> እወ																																						
5. ሕማም ልቢ፣ ሳንቡለ ወይ ኩሊት፣ ሚታቦሊክ ሕማም (ንኣብነት፦ ሕማም ሽኮር) ወይ ካልእ ጸገማት ደም (ንኣብነት፦ ምዝንባዕ ምርጋእ ደም፣ ሲክለ ሲል) ናይ ነዊሕ-ግዜ ጸገም ጥዕና ኣለኩም ድዩ?	<input type="checkbox"/> ኣይፋልን	<input type="checkbox"/> እወ																																						
6. መንሽሮ(ካንሰር)፣ ሉኪሚያ፣ ኤድስ ወይ ካልኦት ምስ ስርዓተ ምክልኻል ዝዛመዱ ከክፍታታት ኣለዉኻ ድዩም?	<input type="checkbox"/> ኣይፋልን	<input type="checkbox"/> እወ																																						
7. ናይ ምውጻቕ ወይ ናይ ሓንጎል ወይ ካልእ ናይ ስርዓተ ነርቭ ጸገም ኣጋጢምኩም ይፈልጥ ዶ?	<input type="checkbox"/> ኣይፋልን	<input type="checkbox"/> እወ																																						
8. ኮርቲሶን፣ ፕሪድኒሶን፣ ካልኦት ስቲሮይድ ወይ ጸረ-መንሽሮ(ካንሰር) መድሃኒታት ትወስድ ዲኻ፣ ወይስ ንመንሽሮ(ካንሰር) ራጂ ሕክምና ጌርኩም ትፈልጡ ዶ?	<input type="checkbox"/> ኣይፋልን	<input type="checkbox"/> እወ																																						
9. ንደቂ ኣንስትዮ፦ እታ ዓል ኣንስተይቲ ጥንስቲ ድያ ወይስ ኣብ ዝቐጽል ወርሒ ክትጠንስ ትኽእለሉ ዕድል ኣሎ ድዩ?	<input type="checkbox"/> ኣይፋልን	<input type="checkbox"/> እወ																																						
10. ሽጋራ ተትክሽ ዲኻ ወይስ ቫይፕ ትገብሩ ዲኹም? ሽጋራ ኣትኪሽኩም ወይ ቫይፕ ጌርኩም ትፈልጡ ዲኹም?	<input type="checkbox"/> ኣይፋልን	<input type="checkbox"/> እወ																																						
11. ኣብ ዝሓለፉ ዓመት፣ ደም ወይ ፍርያት ደም ተሰጋጊሩልካ ድዩ፣ ወይስ ኢሚዩን (ጋማ) ግለብሉን ወይ ጸረ ቫይረስ መድሃኒት ተዋሂብኩም ይፈልጥ ዶ?	<input type="checkbox"/> ኣይፋልን	<input type="checkbox"/> እወ																																						
12. ኣብ ተን ዝሓለፉ 4 ሰሙናት ዝኾነ ክታብት ወሲድካ ዲኻ?	<input type="checkbox"/> ኣይፋልን	<input type="checkbox"/> እወ																																						



Indiana Immunization Coalition (IIC) – Registration and Consent Form

Tigrinya

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

ናይ ፍቓድ መግለጺታት

ፍቓድ ንኣጠቓቕማ ገተሓለወ ሓበሬታ ጥዕናን ምደባ ጠለባትን፡-

እነ ኣብ'ዚ፣ ምስ ናይ ውልቀይ ናይ ጥዕና ሓበሬታይ፣ ንዕላማታት ስራሕቲ ክንክን ጥዕና ኣብ ጥቕሚ ምውጻልን ዕላው ምግባርን፣ ምስ እቲ ካብ'ቲ ኣብ ላዕሊ ተጠቒሱ ዘሎ ኣቕራቢ መድሕን ዝኸፈሉ ኩሎም ክፍሊታት

ናብ'ቲ ምስቶም ኣብ'ዚ መግለጺ ተጠቒሶም ዘለዉ ግልጋሎታት ዝዛመድ ሳልዓይ ወገን ምምሕልላፍ ብዝምልከት ዘለዉ ምልክታታት እስራርሓታት ብሕታውነት ከም ዝበጽሓኒን ነዚ ድማ ኣፍልጦ ከም ዝህብን እገልጽ ኣለኹ።

*ፌርማ፡ X

ዕለት፡

ትሕቲ 18 ዓመት እንተኾይኑ ፌርማ ወላዲ/ኣላዩ የድሊ

ፍቓድ ክታብት፡ ኣብዚ ቅጥዒ ዘለኒ ፌርማ እዚ ኣብ ታሕቲ ገተጠቐስ ክታብት ንዓይ ወይ ነቲ ኣባይ

ጽግዕተኛ ዝኾነ ሰብ ብወኪል ጥምረት ክታብት ኢንዲያና (Indiana Immunization Coalition, IIC) ክወሃበኒ ከም ዝሓተትኩ ዘመልከት እዩ። ሳልዓይ ወገን ሕሳብ ዘኸፍል፣ IIC፣ እት ነዚ ክታብት ዝህብ ሰብ ከምኡ'ውን

ስራሕተኛታትን ብዝኾነ ዚጋጥም ግብረ መልሲ ተሓተትቲ ካብ ምዃን ናጻ ይገብሮም ኣለኹ። ብዘይ ዝኾነ ቅድመ ኹነትን ክምለስ ብዘይክእልን እገብብ ነት ካብ'ዚ ኣገልግሎት

እዚ ወይ ምስ'ዚ ተዛማድቲ ካብ ዝኾነ ጉዳይት ዝብገስ ናይ ይግበኣኒ እዩ ሕቶ ወይ ስጉምቲ ምኽኒያ ነቲ ብሕጊ ዝፍቀድ እቲ ዝለዓለ ኣብ ቤት ፍርዲ ናይ ምቕራብ መሰለይ ይገድፎ።

ካብ'ዚ ብተወሳኺ፣ ዝኾነ ከም'ዚ ዝእምስለ ናይ ይግበኣኒ እዩ ሕቶ ወይ ስጉምቲ ድማ ብመሰረት ሕጊታት ሽምግልና ማሕበር ሽምግልና ኣሚሪካ ብዝካየድ ናይ ሽምግልና ስራሕቲ ብደረጃ ውልቀ ሰባት ክካየድ ኣለዎ።

እነ ይኹን IIC ወይ ሕሳብ ዘኸፍል ሳልዓይ ወገን፣ ብኸልእት ውልቀሰባት ወይ ኣካላት ኣብ ዝግበር ሽምግልና ዝቐርብ ጠለብ ክጽንበር ወይ ክነጠናኽር፣ ወይ ከም ወኪል ኣባል ናይ ሓደ ክፍሊ ወይ ብናይ ብሕቲ ዋና ዓታቢ ሕጊ ዝኾነ ይኹን ጠለብ ከግምገም መሰል የብልናን። ኣብ ስራሕ ዚጋጥም ተቓላፅነት ን ሕግም ዘምጽ ነገራት ክጋጥም እንክሎ፣ IIC ንውሕስነት ተሓካምን ስራሕተኛን ኩባል ምርመራ ደም ናይቲ ሕሙም ናይ ምክያድ ፍቓድ ኣለዎ።

ካብቲ ናይ ክታብት ሓበሬታ መግለጺ(ታት) ዝረኽብከም ሓበሬታ ኣንቢብ ወይ ተገሊጽለይ እዩ። በዚ ድማ ንኣደጋታት (ኣሉታዊ ሳዕቤናት ሓዊሱ)ን ረብሓታትን ናይቲ ክታብት(ታት) ተረዲእዮ ኣለኹ። ንኸልእ ሰብ ፍቓደይ ይህብ እንተደኣ ኣለኹ ኮይነ፣ ምስቲ ኣብ ላዕሊ ዝተጠቐሰ ውልቀሰብ ዘለኒ ርክብ መሰረት ብምግባር፣ እዚ/ዚም ክታብት(ታት) ክወሃቡ ፍቓድ ክህብ ሕጋዊ ስልጣን ኣለኒ።

ን ነብሰይ/ውላደይ ኩሎም እቶም ኣብዚ እዋን ክወሃቡ እለዎም ተባሂሎም ዝምከሩ ክታብታት ክንከተብ እሰማማዕ እዩ። እንተደኣ ዝኾነ ፍሉይ ክታብት(ታት) ካብ ምውሳድ ክዕቀብ ይልዩ።

ሽዑ ናብ 317-628-7116 ክድውል፣ ኢሜይል፡ clinic@vaccinateindiana.org መልእኽቲ ክሰድድ ወይ ምስ ኣብቲ ቦታ ዝርከብ መሪሕ ክሊኒክ ክዘራረብ እዩ።

ብመሰረት መዝገብ ክታብት ዝሓለፈ ርእሰኻን/ውላድኻን ክወሃቡ ዝኸለሉ ክታብታት፡ DTaP/Tdap፣ ሂፓታይተስ ሌ፣ ሂፓታይተስ ቢ፣ ሂሞፊሊስ

ኢንፍሉዌንሳ

ዓይነት ቢ (HiB)፣ ሂዩማን ፓፒሎማቪሩስ (Human Papillomavirus, HPV)፣ ኢንፍሉዌንሳ፣ MMR፣ መኒንጅይትስ፣ ፖልዮ፣ ኒሞንያ፣ ሮታቪሩስ፣ ስርዓተ

ምስትንፋስ ሲንሲቲያል ቪሩስ (Respiratory Syncytial Virus, RSV)፣ ቫሪሰላ፣ ዞስተር፣ ከምኡ'ውን/ወይ ኮቪድ-19።

*ፌርማ፡ X

ዕለት፡

ትሕቲ 18 ዓመት እንተኾይኑ ፌርማ ወላዲ/ኣላዩ የድሊ

CLINIC USE ONLY - Note any vaccine refusals next to vaccine name

Vaccine	VIS	MANUFACTURER/LOT #/ EXP DATE	INJECTION SITE	ROUTE
---------	-----	------------------------------	----------------	-------



Indiana Immunization Coalition (IIC) – Registration and Consent Form

Tigrinya

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

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