

د هغه چا لپاره لاندې معلومات بشپړ کړئ چې واکسین ورکول کيږي:

د ناروغ قانوني نوم: لومړی _____ منځنی _____ وروستی: _____
 غوره شوی نوم (که شتون ولري): _____ دنده (که شتون ولري): _____
 د تلیفون شمېره: (____) - _____ - _____ د زېږېدو نېټه: ____/____/____ عمر: _____ نارینه یا ښځینه (د زېږېدو پر مهال ټاکل شوی): ☐ ښځینه ☐
 د برېښنالیک پته: _____ ښار: _____ ایالت: _____ ساحوي کوډ: _____
 نژاد: (ټول په نښه کړئ چې ستاسو لپاره صدق کوي) ☐ امریکایي هندي/د الاسکا ځایي اوسیدونکی ☐ آسیایي ☐ تور پوستی ☐ ځایي اوسیدونکی هاوایی/د پیسفیک ټاپو
 اوسیدونکی ☐ سپین پوستی ☐ کوم بل _____
 توکم: ☐ هسپانوی/لاتینی ☐ نه هسپانوی/لاتینی _____
 د والدینو/سرپرست بشپړ نوم: _____
 د زده کوونکو لپاره: د ښوونځي نوم: _____ د ټولګي کچه: _____

د بیمې حالت (اړونده خانه په نښه کړئ)

☐ بیمه نه لري

MEDICAID ☐ HHW ☐ HCC ☐ HIP ☐ CHIP ☐
 شرکت: _____
 د Medicaid شمېره: _____

MEDICARE ☐
 د Medicare شمېره: _____
 د غړي د پېژندنې شمېره/د ګروپ شمېره (که شتون ولري): _____

☐ شخصي یا تجارتي بیمه (له MEDICAID پرته) که ممکنه وي له فورمې سره د کارت کاپي هم یوځای کړئ

شرکت: _____ پلان/د غړي د پېژندنې شمېره: _____ د ګروپ شمېره: _____
 د پلان لرونکی نوم: _____ د پلان لرونکي د زېږېدو نېټه: ____/____/____
 له ناروغ سره د پلان لرونکي اړیکه: _____

د هغه شخص لپاره د روغتیايي کتنې اړوند پوښتنې چې واکسین ورکول کيږي:
(yes) (no)

1. آیا تاسو نن ناروغه یاست؟	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو
2. د درملو، خوړو، د واکسین د اجزاوو، یا سپینو مایعاتو سره کوم حساسیت لرئ؟ مهرباني وکړئ حساسیتونه مو ذکر کړئ:	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو
3. آیا تاسو کله هم د واکسین تر لاسه کولو وروسته کوم جدي غبرګون درلودلی دی؟ که ځواب مو هو وي، نو مهرباني وکړئ وضاحت ورکړئ:	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو
4. آیا تاسو کله هم په اعصابو د بدن د دفاعي سیستم د برید (GBS) اختلال درلودلی دی؟	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو
5. آیا تاسو د زړه، سږو یا پښتورګو ناروغی، میتابولیک ناروغی (د بېلګې په توګه د شکر ناروغی) یا د وینې نور اختلالات (د بېلګې په توګه د وینې د پرند کېدو اختلال، د حجراتو ستونزې) اړوند اوږدمهاله روغتیايي ستونزې لرئ؟	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو
6. آیا تاسو د سرطان، لوکیمیا، اپېز یا د بدن د دفاعي سیستم اړوند کومه بله ستونزه لرئ؟	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو
7. آیا تاسو میرګي او یا د عصبي سیستم کومه بله ستونزه لرئ؟	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو
8. آیا تاسو کورټیسون، پریډیسون، نور سټروئیدونه یا د سرطان ضد درمل کاروئ، یا مو د سرطان لپاره د x-ray درملنه ترسره کړې ده؟	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو
9. د مېرمنو لپاره- آیا دغه مېرمن امپندواره ده یا د دی امکان شته چې دوی په راتلونکي میاشت کې امپندواره شي؟	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو
10. آیا تاسو سیګرېټ څکئ یا هم چلیم کاروئ؟ آیا تاسو کله هم سیګرېټ څکولې یا مو چلیم کارولی دی؟	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو
11. د تېر کال په اوږدو کې، آیا تاسو د وینې یا د وینې محصولات تر لاسه کړي، یا د معافیت (ګاما) ګلوبولین یا د ویروسي ناروغی ضد درمل درکړل شوي دي؟	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو
12. آیا تاسو په تېرو 4 اوونیو کې کوم واکسین تر لاسه کړي دي؟	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو

د رضایت اړوند بیانيې

د انډیانا د واکسینونو اېټلافل (IIC) - د نوم لیکنې او رضایت فورمه

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

د خوندي روغتيايي معلوماتو او ادعاگانو د کارونې اړوند رضایت: زه په دې توګه د محرمیت د خبرتیا له ترلاسه کولو سره موافق یم او ورسره رضایت لرم د روغتيايي پاملرنې د کړنو لپاره زما د شخصي روغتيايي معلوماتو کارولو او افشا کولو په اړه شته کړنلارې، سره له دې چې د بیمې څخه د ټولو تادیاتو تادیه چې پورته ښودل شوي د دریمې ډلې د لګښتونو د ورکونکي په خدماتو پورې تړاو لري چې دلته په پام کې نیول شوي دي.

نېټه:

*لاسلیک: X

که له 18 کلونو څخه کم عمر لري د والدینو/سرپرست لاسلیک ته اړتیا لري

د واکسین ترلاسه کولو اجازه: په دې فورمه کې زما لاسلیک دا په ګوته کوي چې ما غوښتنه کړې چې لاندې ښودل شوي واکسین دي ما ته یا زما بالغ ته د انډیانا د واکسینونو د اېټلافل (IIC) د استازي له لوري راکړل شي. زه د دریمې ډلې اړوند د لګښتونو د ورکونکي، د انډیانا د واکسینونو د اېټلافل (IIC)، اړوند د واکسینو د ورکونکي او

او پرسونل په بدن کې د راتلونکو غبرګونو له ټولو هغو مسوولیتونو څخه خلاصوم چې ښايي له واکسینو څخه رامنځته شي. زه له شرط پرته او نه بدلیدونکي توګه د قضاوت کوونکي ډلګې د محاکمې له حق څخه تر هغه اعظمي حده پورې معافیت ورکوم

چې د قانون له لوري اجازه ورکړل شوې وي، د هرې ادعا یا عمل لپاره چې د یادو خدماتو په لړ کې راپورته کېږي یا ورسره تړاو لري، او دا چې هر ډول ادعا یا عمل باید یوځای په انفرادي توګه د امریکا د منځګړیتوب اتحادیې ته د سوداګریزو شخړو د منځګړیتوب له اصولو او مقرراتو سره سم د شخړو د حل رسمي لارې وټاکل شي.

نه زه او نه د انډیانا د واکسینونو اېټلافل (IIC) یا د دریمې ډلې د لګښتونو ورکونکي د دې حق لري چې د نورو اشخاصو یا ادارو له لوري یا په مقابل کې په منځګړیتوب کې د ادعاګانو سره یوځای شي یا یې سره یوځای کړي، یا د یوې ډلې د استازي غړي په توګه یا د خصوصي عمومي وکیل په ظرفیت کې د کومو ادعاوو منځګړیتوب وکړي. له دندې سره تړاو لرونکي افشا کېدو په صورت کې، د انډیانا د واکسینونو اېټلافل (IIC) د ناروغ او کارکوونکو د خوندیتوب لپاره د وینې د معایناتو لپاره د ناروغ اجازه لري.

ما د واکسینونو د معلوماتو بیانیه (بیانیه) لوستلې یا هم راته تشریح شوې دي او د اړونده خطرونو په اړه یې پوهېږم (چې ښايي په دې کې منفي غبرګونونه) او د واکسین (واکسینونو) ګټې شاملې وي. که چېرې د بل چا لپاره رضایت ورکول وي، زه د دې قانوني واک لرم، او له اړونده شخص سره زما د اړیکې پر اساس لکه څنګه یې چې پورته یادونه شوې ده ترڅو، د دغې واکسین (واکسینو) د ورکول کېدو رضایت ورکړم.

زه خپل ځان/ماشوم ته د ټولو هغو توصیه شویو واکسینونو د ورکولو لپاره رضایت ورکوم چې ښايي اوسمهال پاتې شوي وي. که چېرې وغواړم چې د کوم ځانګړي واکسین (واکسینونو) ورکول رد کړم، نو زه به 317-628-7116 شمېرې ته زنگ یا په دې پټې ته برېښنالیک لېږم: clinic@vaccinateindiana.org یا به هم د اړوند کلینیک له مشر سره خبرې کوم.

هغه واکسینونه چې ښايي ستاسو/ستاسو د ماشوم د واکسینونو د سوابقو پر اساس ورکول کېږي: DTaP/Tdap، سپین زېږی، ژېړ زېږی، هیموفیلس انفلوینزا بی ډول (Hib)، د پوستکي د ناروغۍ ویروس (HPV)، انفلوینزا، MMR، د شوکي نخاع التهاب، پولیو، د سپرو ناروغی، روټا ویروس، تنفسي سنسینټیل ویروس (RSV)، شری، د دانکو ناروغی، او/یا کووېډ - 19.

نېټه:

*لاسلیک: X

که له 18 کلونو څخه کم عمر لري د والدینو/سرپرست لاسلیک ته اړتیا لري

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

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



د انډیانا د واکسینونو اېتلاف (IIC) – د نوم لیکنې او رضایت فورمه

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

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: _____