

Ranpli Swivan pou Moun ki ap vaksiné:	
<b>Nom legal pasyan:</b> Prenom _____ Surnom _____ Siyati: _____ <b>Nom Chwazi ( si aplikab):</b> _____ <b>Occupation (si aplikab):</b> _____ <b>Niméro téléfón: (____) - ____ - ____</b> <b>Dat De Nésans</b> ____/____/____ <b>Laj:</b> ____ <b>Sex ( désinyé a la nésans):</b> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <b>Adrès de kouryé:</b> _____ <b>Vil:</b> _____ <b>Eta:</b> ____ <b>Kòd postal:</b> _____ <b>Ras:</b> _____ _____ (chéké tout sa ki apliké) <input type="checkbox"/> Na <sup>o</sup> f Amériken/ Alaska <input type="checkbox"/> Asia <sup>o</sup> k <input type="checkbox"/> Nwa <input type="checkbox"/> Na <sup>o</sup> f Hawaiian/Islandè pasifik <input type="checkbox"/> Blan <input type="checkbox"/> Lòt _____ <b>Étnicité:</b> <input type="checkbox"/> Hispanic/La <sup>o</sup> no <input type="checkbox"/> Non Hispanic/Latino <b>No konplet Parent/ Gadyen:</b> _____ <b>Pou élèv yo:</b> Nom lékòl la: _____ Nivo: _____	
Stati asirans (Bwat de vérifikasyon) :	
<input type="checkbox"/> Pa d'asirans <input type="checkbox"/> MEDICAID <input type="checkbox"/> HHW <input type="checkbox"/> HCC <input type="checkbox"/> HIP <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> MEDICARE Konpayi: _____ Medicare #: _____ Medicaid #: _____ Identité manmb/ Niméro Group(si se aplikab): _____	
<input type="checkbox"/> <b>Privé, Komèsyal, asirans siplémentè</b> ( Pa MEDICAID) Ataché youn copi de kat pou'w infòmè si posib. Konpayi: _____ Politik/Identité: _____ Niméro Group: _____ Nom konplè tenant politik : _____ Dat nésans tenant politik la : ____/____/____ Relasyon tenant politik la ak pasyan: _____	
Kesyonntés depistaj santé pou moun ki ap vaksiné :	
	(no) (yes)
1. Èské moun lan malad jodia? Si wi, ki symptom yo genyen.	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Wi
2. Ninpòt alèji ak medikaman, manjé, youn konpozans vaksen, oubyen latex? Tanpri bay list alèji yo:	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Wi
3. Èske moun lan janm gen you réaksyon séryé a youn vaksen nan pasé yo? Si wi, sil vous plait épliké	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Wi
4. Have you ever had Guillain-Barre Syndrome (GBS)?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Wi
5. Èské moun lan gen youn problem santé a lontèm ak kè,poumoun,malady fwa, malady metabolic (e.g diabèt) oubyen lòt malady san (e.g. anémi falsifòm)?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Wi
6. Èské moun lan gen kansè, lésimi, SIDA oubyen lòt inkyetid iminitè	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Wi
7. Èské moun lan kon gen malakadi,sèvo, oubyen lòt problem sistèm nèvé ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Wi
8. Èské moun lan kon itilizé cortisone, prednisone, oubyen lòt stéroid oubyen dròg antikansè, oubyen te fè youn tréman rayon X pou kansè?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Wi
9. Pou fanm: Èské moun lan ansent oubyen èské gen chans yo ka vin ansent nan mwa kap vini an ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Wi
10. Èské moun lan fimen ou pran vapè ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Wi
11. Padan ané pasé a,èské moun lan résévwa transfusion san oubyen prodwi san, oubyen yo te bal youn médsin ki rélé iminitè (gamma) globin ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Wi
12. Èské moun lan résévwa okenn vaksen nan 4 semenn pasé a ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Wi
Déklarsyon de konsentman	
<b>Konsentman pou itilizasyon infòmasyon santé &amp; devwa réklamé:</b> Mwen dakò a kepi admèt résépsyon youn avis de pratik privé konsènan itilizasyon ak divilgasyon infòmasyon santé pèsonel mwen pou wen opératwa, avèk dévwa tout payment de asirè ki mensyoné anwo a bay VaxCare asosyé ak sèvis contemplé isi a. <b>Siyati: X</b> _____ <b>Dat:</b> _____ Yo rekòmandé siyati Parent/Gadyen si pi piti ke 18 ans	
<b>Otorizasyon Vaksin:</b> Siyati'm sou fòm sa indiké ke mwen rékomandé ke vaksen an anba kapab administer pou mwen oubyen pa réprézantan Koalisyon iminitè Indiana. Mwen bay Vaxcare, patnè Vaxcare (IIC), moun ki ap administré ak youn pèsonèl fyan pou ninpòt réaksyon ki ka fèt. Inkondisyonèlman et irrévokableman lèvé tout dwa jijman pa jiri, a youn éxtensyon maximum ki aksépté pa lalwa, pou ninpòt réklamasyon oubyen aksyon ki soulvé de oubyen relate pa sèvis la, epi ninpòt réklamasyon de se jan oubyen aksyon dwe tèminé sèlman sou youn baz individyèl a travè abitrasyon en akò ak règ abitrasyon komèsyal de Asosiasyon abitrasyon Amériken. Ni l ou IIC oubyen Vaxcare ka gen dwa pou réjwenn oubyen konsolidé réklamasyon nan abitrasyon oubyen kont lòt individvi ou entité,oubyen abitré ninpòt réklamasyon en tan ke youn manb réprézantatif de youn klass oubyen kapasité avoka privé. Nan exopisyon okipasyonèl, IIC gen pèmision pasyan pou tésté san pou pasyan ak sékirite enplayé menm jan. Mwen te li oubyen yo té épliké infòmasyon de infomasyon deklarasyon yo de vaksen epi konpran risk( ki inkli réyaksya advès yo) ak bénéfis vaksen yo. Si ap konsanté pou youn lòt, mwen gen otorité légal, bazé sou rélasyon'm ak individvi indiké anwo, pou kosanti ak administrasyon vaksen sa yo. <b>Mwen konsanti a tèt mwen ak piti mwen vaksiné ak tout vaksen rékomandé kid we pran lè sa. Sim ta vlé réfizé ninpòt vaksen spécific,alò map rélé call 317-628-7116 oubyen adrès élektronik: clinic@vaccinateindiana.org</b> Vaksen ki ka adminstré bazé sou ou/ oubyen récord vaksen piti ou: DTaP/Tdap,Hépatit A, Hépatit B, Haemophilus influenzae type b (HiB), Viris Papilom imen (HPV),Grip,MMR, Ménéjit,Polyo, Pneumi, Viris Rota, Varisèl, Zona, ak/ oubyen Covid-19, RSV <b>Siyati: X</b> _____ <b>Dat:</b> _____ Yo rekòmandé siyati Parent/Gadyen si pi piti ke 18 ans	

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

VACCINATOR NAME AND CREDENTIALS: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_ (Revised 03/11/2025 SJ)

Vaccine	VIS	MANUFACTURER/LOT #/ EXP DATE	INJECTION SITE	ROUTE
<b>Dtap</b> 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
<b>Dtap/IPV</b> 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
<b>Dtap/Hep B/IPV</b> 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
<b>Dtap/Hib/IPV</b> 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
<b>Dtap/IPV/Hib/HepB</b> 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
<b>Hep A</b> <input type="checkbox"/> adult 19 years and up <input type="checkbox"/> pediatric 1 year - 18 year	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
<b>Hep B (2 dose series)</b> 18 years and up	1/31/25		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm	<input type="checkbox"/> IM
<b>Hep B (3 dose series)</b> <input type="checkbox"/> adult 20 yrs and up <input type="checkbox"/> pediatric Birth-19 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
<b>Hib</b> 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
<b>HPV</b> 9 years - 45 years	8/6/21		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm	<input type="checkbox"/> IM
<b>Influenza</b> 6 mos and up High Dose - 65years & 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
<b>MCV4</b> 1st dose: 10-15 years 2nd dose: 16 and up	1/31/25		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm	<input type="checkbox"/> IM
<b>Men B</b> 16 years - 23 years Bexsero / Trumenba	1/31/25		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm	<input type="checkbox"/> IM
<b>MMR</b> 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
<b>MMRV</b> 3 years - 12 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
<b>Pneumococcal</b> 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
<b>Polio</b> 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
<b>Rotavirus</b> 6 weeks - 8 mos.	10/15/21			<input type="checkbox"/> PO
<b>RSV</b> Infants - 19 mos. 60 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
<b>Tdap</b> 7 years and up	1/31/25		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm	<input type="checkbox"/> IM
<b>Varicella</b> 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
<b>Zoster</b> 50 years and up	2/4/22		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm	<input type="checkbox"/> IM
<b>Covid-19</b> 6 mos - 11 yr (peds) 12 years and up (adult)	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