

اتحادیه ایمن‌سازی ایندیانا (IIC) - فرم ثبت‌نام و رضایت
خیابان دهم 6919E، واحد C2، ایندیاناپولیس، IN 46219

موارد زیر را برای فردی که واکسینه می‌شود، تکمیل کنید:

نام حقوقی بیمار: نام مستعار (در صورت وجود): شماره تلفن: () - - آدرس پستی: نژاد: (همه مواردی را که معرف شما است علامت بزنید) <input type="checkbox"/> سرخپوست آمریکایی/بومی <input type="checkbox"/> آلاسکا <input type="checkbox"/> آسیایی <input type="checkbox"/> سیاه <input type="checkbox"/> بومی هاوایی/اقیانوسیه ای <input type="checkbox"/> سفید <input type="checkbox"/> غیره قومیت: <input type="checkbox"/> لاتین تبار <input type="checkbox"/> غیر لاتین تبار نام کامل والدین/سرپرست: برای دانش‌آموزان: نام مدرسه:	نام دوم شغل (در صورت وجود): جنسیت (تعیین شده هنگام تولد): <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد شهر: ایالت: کد پستی: نام کامل والدین/سرپرست:	نام خانوادگی:
---	---	---------------

وضعیت بیمه (گزینه مورد نظر را علامت بزنید)

<input type="checkbox"/> بدون بیمه <input type="checkbox"/> HHW <input type="checkbox"/> HCC <input type="checkbox"/> HIP <input type="checkbox"/> CHIP شرکت: شماره بیمه Medicaid:	MEDICAID <input type="checkbox"/> شماره بیمه Medicare: شناسه فردی/شماره گروهی (اگر دارید):
<input type="checkbox"/> بیمه آزاد یا خصوصی (غیر Medicaid) در صورت امکان یک رونوشت از کارت بیمه را ضمیمه فرم کنید شناسه بیمه/عضویت تاریخ تولد بیمه‌گذار: / / ارتباط نام بیمه‌گذار: بیمه‌گذار با بیمار:	شرکت: شماره گروه:

سوالات سنجش سلامت برای فردی که واکسینه می‌شود	(yes)	(no)
1. آیا امروز مریض هستید؟	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله
2. آیا به داروها، غذاها، مواد تشکیل دهنده واکسن یا لاتکس حساسیت دارید؟ لطفاً حساسیت‌ها را بنویسید:	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله
3. آیا تا به حال پس از دریافت واکسن، واکنش جدی داشته‌اید؟ اگر بله، لطفاً توضیح دهید:	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله
4. آیا تا به حال به سندریم گیلن باره (GBS) مبتلا بوده‌اید؟	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله
5. آیا شما بیماری طولانی‌مدتی مانند بیماری قلبی، ریه‌ای یا کلیوی، بیماری متابولیک (مانند دیابت) یا سایر بیماری‌های خونی را دارید؟ اختلالات خونی (مثل اختلال لخته شدن خون، سلول کم خونی) دارید؟	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله
6. آیا شما سرطان خون، اینز یا هر گونه مشکل دیگری در سیستم ایمنی دارید؟	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله
7. آیا سابقه تشنج، مشکل مغزی یا سایر مشکلات سیستم عصبی دارید؟	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله
8. آیا شما کورتیزون، پردنیزون، استروئیدهای دیگر یا داروهای ضد سرطان مصرف می‌کنید، یا درمان‌های پرتوی ایکس برای سرطان داشته‌اید؟	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله
9. برای خانم‌ها - آیا فرد باردار است یا احتمال باردار شدن او در یک ماه آینده وجود دارد؟	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله
10. آیا سیگار می‌کشید یا از سیگار الکتریکی استفاده می‌کنید؟ آیا تا به حال سیگار یا سیگار الکتریکی کشیده‌اید؟	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله
11. در طول سال گذشته، آیا شما خون یا محصولات خونی، یا گلوبولین ایمنی (گاما) یا داروی ضد ویروس دریافت کرده‌اید؟	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله
12. آیا در 4 هفته گذشته واکسنی دریافت کرده‌اید؟	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله

اظهارنامه‌های رضایت

رضایت به استفاده از اطلاعات محرمانه مربوط به سلامتی و واگذاری مطالبات: بدین وسیله اینجانب تایید می‌کنم که اطلاعات مربوط به حریم خصوصی خود را دریافت کرده و رضایت خود مبنی بر افشای اطلاعات شخصی مربوط به سلامتی‌ام را برای اهداف درمانی، اعلام می‌دارم. انتقال تمام پرداخت‌ها از بیمه‌گر مذکور به صورت کتبی و قراردادی به شخص ثالث مرتبط با خدمات مدنظر انجام شده است.

تاریخ:	*امضا: X
--------	----------

در صورتی که فرد زیر 18 سال باشد، امضای والدین/سرپرست ضروری است

اجازه واکسیناسیون: امضای من زیر این فرم بیانگر این است که از نماینده اتحادیه ایمن‌سازی ایندیانا (IIC) درخواست کرده‌ام واکسن ذیل را به خودم یا فرد تحت سرپرستی من تزریق نماید. من شخص ثالث (صادرکننده صورت حساب)، کمیته ایمنی‌زایی ایندیانا (IIC)، شخص مجری و کارکنان را از هر گونه مسئولیتی در قبال هر گونه واکنشی که اتفاق بیفتد معاف می‌دانم. من بی‌قید و شرط و به‌طور قطعی و تا جایی که قانون اجازه دهد از هر گونه حق خود برای محاکمه با حضور هیئت منصفه در مورد هر ادعا یا عملی که ناشی از این خدمات باشد یا هر گونه ادعا یا اقدام مشابه که صرفاً بصورت فردی از طریق داور مطابق با قوانین داور تجاری انجمن داور تعیین شود، چشم‌پوشی می‌کنم. هیچ کدام از طرفین (شامل من و IIC یا شخص ثالثی که به عنوان پرداخت‌کننده مشارکت می‌کند) مجاز به پیوستن یا ادغام دعاوی در داور با دیگر افراد یا موجودیت‌ها نیستند، یا حق ندارند که هر گونه ادعا را به عنوان عضو نماینده گروه یا به عنوان وکیل خصوصی در امور عمومی اداره کنند. در صورت مواجهه شغلی، IIC برای اطمینان از سلامت بیمار و کارکنان، این اجازه را دارد که از بیمار آزمایش خون بگیرد. من گزارش مربوط به اطلاعات واکسن را خوانده‌ام یا برای من توضیح داده شده است و خطرات (شامل عوارض جانبی) و فواید واکسن(ها) آگاه هستم. در مورد رضایت برای فرد دیگر، با توجه به رابطه‌ی من با فرد ذکر شده در بالا، این حق قانونی را دارم که برای دریافت این واکسن رضایت دهم.

من با واکسینه شدن خودم/فرزندم با تمام واکسیناسیون‌های توصیه‌شده که در این زمان باید انجام شود، موافقت می‌کنم. در صورت امتناع از دریافت هر واکسن خاص، با شماره تلفن 317-628-7116 یا نشانی ایمیل clinic@vaccinateindiana.org تماس خواهم گرفت یا به صورت حضوری با سرپرست کلینیک صحبت خواهم کرد. واکسن‌هایی که ممکن است بر اساس سوابق واکسیناسیون شما/فرزندتان تزریق شوند: Tdap/Tdap، هپاتیت A، هپاتیت B، هومو فیلوس آنفلوانزا (نوع HiB یا b)، ویروس پاپیلومای انسانی (HPV)، آنفلوانزا، MMR، مننژیت، فلج اطفال، ذات‌الریه، ویروس روتا، ویروس سنسیتیال تنفسی (RSV)، واریسلا، زoster و/یا کووید-19.

تاریخ:	*امضا: X
--------	----------

در صورتی که فرد زیر 18 سال باشد، امضای والدین/سرپرست ضروری است

اتحادیه ایمن‌سازی ایندیانا (IIC) - فرم ثبت‌نام و رضایت

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"/> 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: _____