

## Indiana Immunization Coalition (IIC) – Registration and Consent Form

6919 E 10<sup>th</sup> Street, Suite C2, Indianapolis, IN 46219

### Kamilisha Yafuatayo kwa Mtu Anayepata Chanjo:

Jina la MGONJWA: LA KWANZA \_\_\_\_\_ LA KATI \_\_\_\_\_ LA MWISHO \_\_\_\_\_

Jina iliyochaguliwa (ikiwa inatumika): \_\_\_\_\_ Kazi (ikiwa inatumika): \_\_\_\_\_

Namba ya Simu: (\_\_\_\_) - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Tarehe ya Kuzaliwa: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Umri: \_\_\_\_ Jinsia: ☐ Ke ☐ Me

Anwani ya Kutuma Barua: \_\_\_\_\_ Jiji: \_\_\_\_\_ Jimbo: \_\_\_\_\_ Msimbo: \_\_\_\_\_

Rangi: (Alamisha yote yanayotumika) ☐ Mmarekani Mhindi/Mzaliwa wa Alaska ☐ Mwasia ☐ Mweusi ☐ Mzaliwa wa Hawaii/Mtu kutoka

Kisiwa cha Pasifiki ☐ Mweupe ☐ Asiyejulikana

Jina Kamili la Mzazi/Mlezi: \_\_\_\_\_

kwa wanafunzi jina la shule: \_\_\_\_\_ kiwango cha daraja \_\_\_\_\_

### Hali ya Bima (Alamisha Kijisanduku)

☐ HAKUNA BIMA

☐ BIMA YA AFYA ☐ HHW ☐ HCC ☐ HIP ☐ CHIP

Kampuni: \_\_\_\_\_

Bima ya Afya #: \_\_\_\_\_

☐ MEDICARE

Bima ya Afya #: \_\_\_\_\_

☐ BIMA YA KIBINAFSI au YA BIAHARA (SI YA AFYA)

Kampuni ya Bima: \_\_\_\_\_ Kitambulisho cha Sera ya Bima: \_\_\_\_\_ Kikundi #: \_\_\_\_\_

Jina la Mmiliki wa Sera: \_\_\_\_\_ Tarehe ya Kuzaliwa ya Mmiliki wa Sera: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Uhusiano wa Mmiliki wa Sera kwa Mgonjwa: \_\_\_\_\_

### Maswali kwa Mtu Anayepewa Chanjo:

(no) (yes)

1. Je, mtu anayepaswa kupewa chanjo ni mgonjwa leo? Ikiwa ndiyo, dalili zake ni zipi?	<input type="checkbox"/> hapana <input type="checkbox"/> ndiyo
2. Je, mtu anayepaswa kupewa chanjo ana mizio yoyote kwa madawa, vyakula, sehemu ya chanjo au lateksi? Tafadhali orodhesha mizio:	<input type="checkbox"/> hapana <input type="checkbox"/> ndiyo
3. Je, mtu anayepaswa kupewa chanjo amewahi kuwa na athari mbaya kwa chanjo mbeleni? Ikiwa ndiyo, tafadhali elezea:	<input type="checkbox"/> hapana <input type="checkbox"/> ndiyo
4. Je, mtu anayepaswa kupewa chanjo amewahi kuwa na ugonjwa wa Guillian-Barre Syndrome (GBS)?	<input type="checkbox"/> hapana <input type="checkbox"/> ndiyo
5. Je, mtu anayepaswa kupewa chanjo ana shida ya kiafya ya muda mrefu ya ugonjwa wa moyo, ugonjwa wa mapafu, pumu, ugonjwa wa figo, ugonjwa wa kimetaboliki (mfano kisukari), upungufu wa damu, au shida nyingine za damu?	<input type="checkbox"/> hapana <input type="checkbox"/> ndiyo
6. Je, mtu anayepaswa kupewa chanjo ana saratani, leukemia, UKIMWI au shida nyingine yoyote ya mfumo wakinga?	<input type="checkbox"/> hapana <input type="checkbox"/> ndiyo
7. Je, mtu anayepaswa kupewa chanjo hutumia cortisone, prednisone, steroidi nyingine, au dawa za saratani, au umepata matibabu ya eksirei kwa saratani?	<input type="checkbox"/> hapana <input type="checkbox"/> ndiyo
8. Je, mtu anayepaswa kupewa chanjo amewahi kuwa na kifafa, shida ya ubongo, au shida nyingine ya mfumo wa neva?	<input type="checkbox"/> hapana <input type="checkbox"/> ndiyo
9. Kwa wanawake: Je, mtu anayepaswa kupewa chanjo ni mjamzito au kuna uwezekano kwamba anaweza kuwa mjamzito katika muda wa mwezi ujao?	<input type="checkbox"/> hapana <input type="checkbox"/> ndiyo
10. Je, mtu anayepaswa kupewa chanjo huvuta sigara??	<input type="checkbox"/> hapana <input type="checkbox"/> ndiyo
11. Je, katika mwaka uliopita, mtu anayepaswa kupewa chanjo aliongezewa damu au bidhaa za damu, au alipewa dawa ya kinga inayoitwa (gamma) globulin?	<input type="checkbox"/> hapana <input type="checkbox"/> ndiyo
12. Je, mtu anayepaswa kupewa chanjo alipokea chanjo yoyote katika wiki 4 zilizopita?	<input type="checkbox"/> hapana <input type="checkbox"/> ndiyo

### Consent Statements

Kwa kutia sahihi hapa chini, ninakubali utumiaji na ufichuzi wa habari ya afya yangu au ya mtoto wangu kwa madhumuni ya shughuli za utunzaji wa afya, pamoja na mgawo wa malipo yote kutoka kwa mtoaji bima aliyeorodheshwa hapo juu kwa bilis za mtu wa tatu kwa huduma iliyotolewa.

\*Sahihi: X Tarehe: \_\_\_\_\_

Sahihi ya Mzazi/Mlezi inahitajika ikiwa ni umri chini ya miaka 18

**Idhini ya Matumizi ya Habari ya Afya Iliyolindwa & Mgawo wa Madai:** Ninaruhusu na kukubali kupokea Ilani ya Shughuli za Faragha kuhusiana na utumiaji na ufichuzi wa habari yangu ya afya ya kibinafsi kwa madhumuni ya shughuli za huduma ya afya, pamoja na mgawo wa malipo yote kutoka kwa mtoaji bima aliyeorodheshwa hapo juu kwa bilis za mtu wa tatu yanayohusishwa na huduma zinazozingatwa hapa. Idhini ya Chanjo: Sahihi yangu kwenye fomu hii inaonyesha kwamba nimeomba chanjo iliyoonyeshwa hapa chini itolewe kwangu au kwa mtegemezi wangu na mwakilishi wa bilis za mtu wa tatu. Ninaiondolea bilis za mtu wa tatu, mbia wa bilis za mtu wa tatu, mtu anayetoa chanjo na wafanyakazi kwa athari zozote ambazo zinaweza kutokea. Bila masharti na bila kubadilika sitadai haki yoyote ya kusikizwa na baraza la

## Indiana Immunization Coalition (IIC) – Registration and Consent Form

6919 E 10<sup>th</sup> Street, Suite C2, Indianapolis, IN 46219

mahakama, kadiri ya kiwango kinachoruhusiwa na sheria, kwa madai yoyote au hatua inayotokana na au inayohusiana na huduma hii, na kwamba dai lolote kama hilo au hatua itaamuliwa tu juu ya msingi wa mtu binafsi kupitia usuluhishi kulingana na Kanuni za Usuluhishi wa Kibiashara wa Chama cha Usuluhishi cha Marekani.

Mimi wala bilis za mtu wa tatu hatakuwa na haki ya kujiunga au kujumuisha madai katika usuluhishi na au dhidi ya watu wengine au kampuni, au kusuluhisha madai yoyote kama mwakilishi wa tabaka au kwa uwezo wa wakili wa kibinafsi. Katika tukio la uzoefu wa kazi, bilis za mtu wa tatu ina idhini ya mgonjwa ya upimaji wa damu kwa usalama sawa wa mgonjwa na mfanyakazi. Nimesoma au nimeelezwa habari kutoka kwa (Ma)Tamko la Taarifa ya Chanjo na kuelewa hatari (pamoja na athari mbaya) na faida za chanjo. Ikiwa unatoa idhini kwa niaba ya mwingine, nina mamlaka ya kisheria, kulingana na uhusiano wangu na mtu aliyeonyeshwa hapo juu, kukubali utolewaji huu wa chanjo.

☐ Ninakubali mwenyewe/kwa mtoto wangu kupewa chanjo zote zinazopendekezwa ambazo zinastahili wakati huu. Ikiwa ninataka kukataa chanjo yoyote maalum nitapiga simu 317-628-7116 au kutuma barua pepe kwa: clinic@vaccinateindiana.org Chanjo ambazo zinaweza kutolewa kulingana na rekodi yako ya chanjo/ya mtoto wako: DTaP, Tdap, Hepatitis A, Hepatitis B, Hib, Polio, Rotavirus, Pneumococcal, Influenza, MMR, Virusi vya Papilloma ya Binadamu, Meningitis, Varicella, Covid, RSV.

☐ Sahihi za Kielektroniki: Sahihi za kielektroniki hutumiwa kwa rekodi za afya kama njia ya uthibitisho wa uingizaji wa rekodi za kiafya za elektroniki, hati zilizotengenezwa na kompyuta. Kwa kuaminiwa kisanduku hiki na kuwasilisha kwa jina na tarehe kwenye fomu hii ninaelewa kuwa ninatia sahihi ya kielektroniki ambayo inachukuliwa kuwa ya kisheria kama njia ya kutoa idhini ya sheria kwa masharti yaliyoainishwa kwenye fomu hii. Ni sera ya bilis za mtu wa tatu kukubali sahihi ya kielektroniki badala ya sahihi halisi. Mchakato huu unafanya kazi ndani ya miundombinu iliyohifadhiwa, kuhakikisha uadilifu wa mchakato na kupunguza hatari ya shughuli zisizoidhinishwa katika muundo, matumizi, na upatikanaji wa rekodi ya afya ya elektroniki.

Sahihi: X \_\_\_\_\_ Tarehe: \_\_\_\_\_

Sahihi ya Mzazi/Mlezi inahitajika ikiwa ni umri chini ya miaka 18

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

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 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

**Indiana Immunization Coalition (IIC) – Registration and Consent Form**

 6919 E 10<sup>th</sup> Street, Suite C2, Indianapolis, IN 46219

<b>Hep B (2 dose series)</b> <i>18 years and up</i>	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
<b>Hep B (3 dose series)</b> <input type="checkbox"/> <i>adult 20 yrs and up</i> <input type="checkbox"/> <i>pediatric Birth-19 yrs</i>	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
<b>Hib</b> <i>6 weeks - 4 years</i>	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
<b>HPV</b> <i>9 yrs - 45 yrs</i>	8/6/21		<input type="checkbox"/> L arm	<input type="checkbox"/> R arm	<input type="checkbox"/> IM
<b>Influenza</b> <i>6 mos and up</i> <i>High Dose - 65yrs &amp; up</i>	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
<b>MCV4</b> <i>1st dose: 10-15 yrs</i> <i>2nd dose: 16 and up</i>	1/31/25		<input type="checkbox"/> L arm	<input type="checkbox"/> R arm	<input type="checkbox"/> IM
<b>Men B</b> <i>16 yrs - 23 yrs</i> <i>Bexsero / Trumenba</i>	1/31/25		<input type="checkbox"/> L arm	<input type="checkbox"/> R arm	<input type="checkbox"/> IM
<b>MMR</b> <i>1 year - 64 years</i>	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
<b>MMRV</b> <i>3 yrs - 12 yrs</i>	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
<b>Pneumococcal</b> <i>6 weeks - 4 years</i> <i>50 years and up</i>	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
<b>Polio</b> <i>6 weeks and up</i>	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
<b>Rotavirus</b> <i>6 weeks - 8 mos.</i>	10/15/21				<input type="checkbox"/> PO
<b>RSV</b> <i>Infants - 19 mos.</i> <i>60 yrs and up</i>	1/31/25		<input type="checkbox"/> L arm	<input type="checkbox"/> R arm	<input type="checkbox"/> IM
<b>Tdap</b> <i>7 years and up</i>	1/31/25		<input type="checkbox"/> L arm	<input type="checkbox"/> R arm	<input type="checkbox"/> IM
<b>Varicella</b> <i>1 year and up</i>	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
<b>Zoster</b> <i>50 yrs and up</i>	2/4/22		<input type="checkbox"/> L arm	<input type="checkbox"/> R arm	<input type="checkbox"/> IM
<b>COVID</b>	1/31/25		<input type="checkbox"/> L arm	<input type="checkbox"/> R arm	<input type="checkbox"/> IM

VACCINATOR NAME AND CREDENTIALS: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_