

Remplissez le formulaire suivant pour la personne qui se fait vacciner :

Nom du PATIENT : PRÉNOM _____ DEUXIÈME PRÉNOM _____ NOM DE FAMILLE _____
 Date de naissance : / / Âge : Sexe : ☐ F ☐ M Ethnicité : ☐ Hispanique/Latino ☐ Non Hispanique/Latino
 Race : (Cochez toutes les cases correspondantes) ☐ Indien(e) d'Amérique/Alaska ☐ Asiatique ☐ Noir(e) ☐ Natif(ve) Hawaïen(ne)/Insulaire du Pacifique ☐ Blanc(che) ☐ Inconnu(e)
 Numéro de téléphone () - Adresse électronique :
 Adresse postale : Ville : État : Code postal :
 Nom complet du parent/tuteur :

Statut d'assurance (Case à cocher)

☐ **PAS D'ASSURANCE**

☐ **MEDICAID/MEDICARE**

☐ HHW ☐ HCC ☐ HIP ☐ CHIP

Société : _____

Medicaid # : _____

☐ Je ne sais pas

☐ **ASSURANCE PRIVÉE ou COMMERCIALE (PAS MEDICAID)**

Compagnie d'assurance : Pièces d'identité de la police d'assurance : Groupe # : (le cas échéant)

Nom du titulaire de la police d'assurance : Date de naissance du titulaire : / / Relation entre le titulaire de la police d'assurance et le patient :

Questions pour la personne qui se fait vacciner :

(no) (yes)

1. La personne qui doit être vaccinée est-elle malade aujourd'hui ? Si oui, quels sont ses symptômes ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
2. La personne à vacciner a-t-elle des allergies aux médicaments, aux aliments, à un composant du vaccin ou au latex ? Veuillez énumérer les allergies :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
3. La personne à vacciner a-t-elle déjà eu une réaction grave à un vaccin dans le passé ? Si oui, veuillez expliquer :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
4. La personne à vacciner a-t-elle déjà souffert du syndrome de Guillain-Barre (SGB) ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
5. La personne à vacciner a-t-elle un problème de santé à long terme avec une maladie cardiaque, une maladie pulmonaire, de l'asthme, une maladie rénale, une maladie métabolique (par exemple le diabète), l'anémie ou d'autres troubles sanguins ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
6. La personne à vacciner a-t-elle un cancer, une leucémie, le SIDA ou tout autre problème du système immunitaire ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
7. La personne à vacciner prend-elle du cortisone, de la prednisone, d'autres stéroïdes ou des médicaments anticancéreux, ou a subi des traitements radiologiques contre le cancer ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
8. La personne à vacciner a-t-elle eu une crise, un problème cérébral ou un autre problème du système nerveux ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
9. La personne qui doit être vaccinée fume-t-elle ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
10. Au cours de l'année écoulée, la personne à vacciner a-t-elle reçu une transfusion de sang ou de produits sanguins, ou a-t-elle reçu un médicament appelé immunoglobuline (gamma) ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
11. Pour les femmes : La personne à vacciner est-elle enceinte ou risque-t-elle de l'être d'ici le mois prochain ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
12. La personne à vacciner a-t-elle reçu des vaccins au cours des 4 dernières semaines ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

En signant ci-dessous, je consens à l'utilisation et à la divulgation des informations personnelles sur ma santé ou celle de mon enfant aux fins des prestations de soins de santé, ainsi qu'à la cession à VaxCare de tous les paiements de l'assureur mentionné ci-dessus pour les services rendus.

Signature : X

Date :

Consentement à l'utilisation des informations de santé protégées et affectation des demandes de remboursement : Par la présente, je consens et j'accuse réception d'un avis de pratiques de confidentialité concernant l'utilisation et la divulgation de mes renseignements médicaux personnels aux fins des prestations de soins de santé, ainsi que la cession à émetteur de factures tiers de tous les paiements de l'assureur mentionné ci-dessus associés aux services envisagés dans le présent document. Autorisation de vaccin : Ma signature sur ce formulaire indique que j'ai demandé que le vaccin indiqué ci-dessous me soit administré ou soit administré à une personne à ma charge par un représentant de émetteur de factures tiers. Je décharge émetteur de factures tiers, le partenaire, l'administrateur et le personnel de émetteur de factures tiers de toute responsabilité pour les réactions qui pourraient survenir. Je renonce inconditionnellement et irrévocablement à tout droit à un procès devant jury, dans la mesure maximale autorisée par la loi, pour toute réclamation ou action découlant de, ou liée à ce service, et que toute réclamation ou action de la sorte sera déterminée uniquement sur une base individuelle par arbitrage conformément aux règles d'arbitrage commerciales de l'American Arbitration Association.

Ni émetteur de factures tiers ni moi-même n'a le droit de joindre ou de combiner des réclamations dans le cadre d'un arbitrage par ou contre d'autres individus ou entités, ou d'arbitrer toute réclamation en tant que membre représentatif d'un groupe ou en qualité de procureur général privé. En cas d'exposition professionnelle, émetteur de factures tiers dispose de l'autorisation du patient pour les tests sanguins, tant pour la sécurité du patient que pour celle de l'employé. J'ai lu ou me suis fait expliquer les informations contenues dans la ou les fiches d'information sur les vaccins et je comprends les risques (y compris les effets indésirables) et les avantages du ou des vaccins. Si je donne mon consentement pour une autre personne, j'ai l'autorité légale, en fonction de ma relation avec la personne indiquée ci-dessus, de consentir à l'administration de ce(s) vaccin(s).

Je consens à ce que moi-même ou mon enfant reçoive toutes les vaccinations recommandées qui sont dues à ce moment. Si je souhaite refuser un vaccin particulier, je téléphonerai au 317-628-7116 ou j'enverrai un courriel à clinic@vaccinateindiana.org. Vaccins pouvant être administrés en fonction du carnet de vaccination de vous/votre enfant : DTaP, Tdap, Hépatite A, Hépatite B, HIB, Polio, Rotavirus, Pneumocoque, Influenza, MMR, Virus du papillome humain, Méningite, Varicelle, RSV, Covid -19

Signature : X

Date :

Signature du parent/tuteur requise si vous avez moins de 18 ans

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: _____