

أكمل الآتي للشخص الذي سيتلقى اللقاح:

اسم المريض: الأول \_\_\_\_\_ الأوسط \_\_\_\_\_ الكنية \_\_\_\_\_  
تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ العمر: \_\_\_\_\_ الجنس: ☐ أنثى ☐ ذكر الأصل العرقي: ☐ إسباني/ لاتيني ☐ ليس من أصل إسباني/ لاتيني  
العرق: (حدد كل ما ينطبق) ☐ هندي أمريكي/ سكان ألاسكا الأصليون ☐ آسيوي ☐ أسود ☐ سكان هاواي الأصليون/ سكان جزر المحيط الهادئ ☐ أبيض ☐ غير معروف  
رقم الهاتف \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_  
العنوان البريدي: \_\_\_\_\_ المدينة: \_\_\_\_\_ الولاية: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_  
الاسم الكامل لولي الأمر/ الوصي: \_\_\_\_\_

حالة التأمين (ضع علامة على المربع)

☐ لا يوجد تأمين

☐ CHIP ☐ HIP ☐ HCC ☐ HHW ☐ MEDICAID

الشركة: \_\_\_\_\_ # Medicaid \_\_\_\_\_ لا أعلم ☐

☐ تأمين خاص أو تجاري (غير MEDICAID)

شركة التأمين: \_\_\_\_\_ بطاقة تعريف وثيقة التأمين: \_\_\_\_\_ المجموعة # \_\_\_\_\_ (إذا انطبق أحدهما):  
اسم صاحب الوثيقة: \_\_\_\_\_ تاريخ ميلاد صاحب الوثيقة: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ علاقة صاحب الوثيقة بالمريض: \_\_\_\_\_

أسئلة للشخص الذي سيتلقى اللقاح: (yes) (no)

1- هل الشخص الذي سيتلقى اللقاح مريض في الوقت الحالي؟ إذا كانت الإجابة نعم، فما هي أعراضه؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
2- هل يعاني الشخص الذي سيتلقى اللقاح من أي حساسية تجاه الأدوية أو الأطعمة أو أحد مكونات اللقاح أو مادة اللاتكس؟ يرجى ذكر قائمة بأنواع الحساسية:	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
3- هل أصيب الشخص الذي سيتلقى اللقاح برد فعل خطير تجاه لقاح ما في الماضي؟ إذا كانت الإجابة نعم، يرجى التوضيح:	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
4- هل أصيب الشخص الذي سيتلقى اللقاح بمتلازمة جيلان باريه (GBS) من قبل؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
5- هل يعاني الشخص الذي سيتلقى اللقاح من مشكلة صحية مزمنة مثل أمراض القلب أو الرئة أو الربو أو أمراض الكلى أو أمراض الأيض (مثل السكري) أو فقر الدم أو اضطرابات الدم الأخرى؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
6- هل الشخص الذي سيتلقى اللقاح مصاب بالسرطان أو اللوكيميا (سرطان الدم) أو الإيدز أو أي مشكلة أخرى في جهاز المناعة؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
7- هل يتناول الشخص الذي سيتلقى اللقاح الكورتيزون أو بريدنيزون أو الستيرويدات الأخرى أو الأدوية المكافحة للسرطان، أو هل خضع لعلاج السرطان بالأشعة السينية؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
8- هل يعاني الشخص الذي سيتلقى اللقاح من نوبة صرع أو مشكلة بالدماغ أو مشكلة أخرى في الجهاز العصبي؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
9- هل الشخص الذي سيتلقى اللقاح شخص مُدَخَّن؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
10- هل تلقى الشخص الذي سيتلقى اللقاح نقل دم أو مشتقاته، أو تم إعطاؤه دواءً يسمى الجلوبيولين المناعي (جاما)، خلال العام الماضي؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
11- بالنسبة للسيدات: هل السيدة التي ستتلقى اللقاح حامل أو هل هناك فرصة للحمل خلال الشهر القادم؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
12- هل تلقى الشخص الذي سيتلقى اللقاح أي تطعيمات أو لقاحات في الأسابيع الأربعة الماضية؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

بيان الموافقة

من خلال التوقيع أدناه، فإنني أوافق على الاستخدام والكشف عن المعلومات الصحية الشخصية الخاصة بي أو الخاصة بطفلي لغرض إجراءات الرعاية الصحية، مع التنازل عن جميع المدفوعات من شركة

التوقيع: X \_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_

التأمين المدرجة أعلاه إلى فاتورة طرف ثالث لقاء الخدمات المقدمة.

**موافقة على استخدام المعلومات الصحية المحمية وطلبات التنازل:** أوافق بموجب هذا على إشعار ممارسات الخصوصية وأقر باستلامه فيما يتعلق باستخدام معلوماتي الصحية الشخصية والكشف عنها لغرض إجراءات الرعاية الصحية، مع التنازل عن جميع المدفوعات من شركة التأمين المذكورة أعلاه إلى فاتورة طرف ثالث المرتبطة بالخدمات المذكورة هنا. ترخيص اللقاح: يُوضَّح توقيعني على هذه الاستمارة إلى أنني قد تمت طلب إعطاء اللقاح الموضح أدناه لي أو إلى من أعيله من قبل ممثل فاتورة طرف ثالث. أنا أعفي فاتورة طرف ثالث وشريك فاتورة طرف ثالث والشخص المسؤول والموظفين من أي مسؤولية عن أي ردود فعل قد تحدث. أنا أتنازل بشكل غير مشروط وبصورة نهائية عن أي حق في المحاكمة أمام هيئة محلفين، وإلى أقصى حد يسمح به القانون، لأي مطالبة أو إجراء ناجم عن هذه الخدمة أو متعلق بها، وأن أي مطالبة أو إجراء مصغر يجب تحديده فقط

على أساس فردي من خلال

التحكيم وفقاً لقواعد التحكيم التجاري لجمعية التحكيم الأمريكية.

لا يحق لي ولا لفاتورة طرف ثالث الانضمام إلى الدعاوى أو دمجها في التحكيم من قبل أو ضد أفراد أو كيانات أخرى، أو التحكيم في أي دعاوى بصفتي عضواً ممثلاً لفئة أو بصفة المدعي العام الخاص. في حالة التعرض المهني، فإن فاتورة طرف ثالث تملك موافقة المريض لفحص الدم من أجل سلامة كل من المريض والموظف. لقد قرأت أو تم شرح المعلومات لي من بيان (بيانات) معلومات اللقاح وأنا أتفهم المخاطر (بما في ذلك ردود الفعل الضارة) وفوائد اللقاح (اللقاحات). في حالة الموافقة نيابة عن شخص آخر، فأنا أمتلك السلطة القانونية، بناءً على علاقتي بالشخص المشار إليه أعلاه بالموافقة على إدارة هذا اللقاح (اللقاحات).

أوافق على تلقيحي أنا/ طفلي بجميع التطعيمات الموصى بها في هذا الوقت. في حال رغبتني في رفض أي لقاح محدد، فسوف أتصل بالرقم 7116-628-317 أو عبر البريد الإلكتروني: [clinic@vaccinateindiana.org](mailto:clinic@vaccinateindiana.org) اللقاحات التي يمكن إعطاؤها بناءً على سجل التطعيم الخاص بك / الخاص بطفلك: لقاح الدفتيريا (الخناق) والسعال الديكي والتيتانوس (الكزاز) (Tdap)، (DTaP)، التهاب الكبد الوبائي أ، التهاب الكبد الوبائي ب، لقاح الإنفلونزا البكتيرية النوع ب (HIB)، شلل الأطفال، فيروس روتا، بكتيريا المكورات الرئوية، الإنفلونزا، لقاح الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية (MMR)، فيروس الورم الحليمي البشري، التهاب السحايا (الحمى الشوكية)، فيروس الجدري المائي

التاريخ:

التوقيع: X

توقيع ولي الأمر/ الوصي مطلوب إذا كان عمر المريض أقل من 18 عاماً

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
<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"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<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 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
<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 yrs - 45 yrs	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 - 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
<b>MCV4</b> 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
<b>Men B</b> 16 yrs - 23 yrs 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 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
<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 yrs and up	1/31/25		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm	<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 yrs and up	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: \_\_\_\_\_