

موارد زیر را برای فردی که واکسین می‌شود تکمیل کنید:

اسم قانونی مریض: اسم کوچک _____	وسط _____	تخلص: _____
نام انتخابی (در صورت وجود): _____ شغل (در صورت وجود): _____		
شماره تلفن: (____) - ____ - ____ تاریخ تولد: ____/____/____ سن: ____ جنسیت (تعیین شده در تولد): <input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/> مذکر		
آدرس پستی: _____ شهر: _____ ایالت: _____ کد پستی: _____		
نژاد: (تمام مواردی را که صدق می‌کند نشانی کنید) <input type="checkbox"/> سرخپوست آمریکایی/بومی آلاسکا <input type="checkbox"/> آسیایی <input type="checkbox"/> سیاه پوست <input type="checkbox"/> بومی هاوایی/جزیره پاسیفیک <input type="checkbox"/> سفید <input type="checkbox"/> سایر _____		
قومیت: <input type="checkbox"/> اسپانیایی/لاتین <input type="checkbox"/> غیر اسپانیایی/لاتین _____ اسم مکمل والدین / سرپرست: _____		
برای شاگردان: نام مکتب: _____ سطح صنف: _____		

**وضعیت بیمه (چک باکس)**

<input type="checkbox"/> بدون بیمه	
<input type="checkbox"/> MEDICAID شرکت: _____ شماره مدیکید: _____	<input type="checkbox"/> MEDICARE شماره مدیکیر: _____ کارت عضویت / شماره گروپ (در صورت وجود): _____

☐ بیمه خصوصی یا تجاری (غیر MEDICAID) در صورت امکان یک کاپی از کارت را با فورم ضمیمه کنید

شرکت: \_\_\_\_\_ قرارداد بیمه/کارت عضویت: \_\_\_\_\_ شماره گروپ: \_\_\_\_\_

اسم دارنده قرارداد بیمه: \_\_\_\_\_ تاریخ تولد دارنده قرارداد بیمه: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

رابطه دارنده قرارداد بیمه با مریض: \_\_\_\_\_

**سوالات معاینه صحتی برای فردی که واکسین می‌شود:**  
 (yes) (no)

1. آیا امروز مریض هستید؟	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بله
2. آیا به دوا، غذاها، مواد تشکیل دهنده واکسین یا لیتکس حساسیت دارید؟ لطفاً حساسیت‌ها را لیست کنید:	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بله
3. آیا تا به حال پس از دریافت واکسین عکس العمل جدی داشته اید؟ اگر بله، لطفاً توضیح دهید:	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بله
4. آیا تا به حال به سندرم گیلن باره (GBS) مبتلا بوده اید؟	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بله
5. آیا مشکل صحتی قلبی، ریوی یا کلیوی، بیماری متابولیک (مثلاً دیابت) طولانی مدت یا سایر اختلالات خونی (مانند اختلال لخته شدن خون، سلول داسی شکل) دارید؟	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بله
6. آیا سرطان، لوکیمیا، ایذ یا هر گونه نگرانی دیگر در سیستم ایمنی دارید؟	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بله
7. آیا مرگی یا مشکل مغزی یا سیستم عصبی دیگری داشته اید؟	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بله
8. آیا کورتیزون، پردنیزون، سایر استروئیدها یا دواهای ضد سرطان مصرف می‌کنید، یا معالجه اشعه ایکس برای سرطان انجام داده‌اید؟	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بله
9. برای خاتم‌ها- آیا فرد باردار است یا احتمال باردار شدن در یک ماه آینده وجود دارد؟	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بله
آیا سگرت یا سیگار برقی استفاده می‌کنید؟ آیا تا به حال سگرت یا سیگار برقی کشیده اید؟	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بله
11. آیا در طول سال گذشته، خون یا محصولات مربوط به خون به شما تزریق شده است یا به شما گلوبولین ایمنی (گاما) یا دوا ضد ویروس داده شده است؟	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بله
12. آیا در 4 هفته گذشته کدام واکسین دریافت کرده اید؟	<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> بله

## اظهار رضایت

رضایت برای استفاده از اطلاعات صحی حفاظت شده و واگذاری ادعاها: من بدینوسیله با دریافت اعلامیه اقدامات حفظ حریم خصوصی در رابطه با استفاده و افشای معلومات صحی شخصی خویش به منظور عملیات مراقبت‌های صحی موافقت کرده و تأیید می‌کنم. همراه با واگذاری کلیه پرداخت‌ها از جانب بیمه کننده فوق الذکر به صورت حساب شخص ثالث مرتبط با خدمات در نظر گرفته شده در اینجا.

\*امضا: X

تاریخ:

امضای والدین/سرپرست در صورت زیر 18 سال ضروری است

مجوز واکسین: امضای من در این فورم نشان می‌دهد که من درخواست کرده‌ام واکسین ذکر شده در ذیل برای من یا وابستگانم توسط نماینده ائتلاف ایمن سازی اندیانا (IIC) تطبیق شود. من شخص حساب کننده ثالث، IIC، شخص تطبیق کننده و پرسونل را از هر گونه مسئولیتی در قبال هرگونه عکس العملی که اتفاق بیافتد میرا می‌دانم. من بدون قید و شرط و بطور غیرقابل برگشت از هر گونه حق محاکمه توسط قضا، در مورد هر ادعا یا اقدامی که ناشی از یا مرتبط با این خدمات باشد تا حد مجاز توسط قانون چشم پوشی می‌کنم، و هر گونه ادعا یا اقدامی باید صرفاً بر اساس معامله فردی از طریق حکمیت مطابق با قوانین حکمیت تجاری انجمن حکمیت آمریکا تعیین شود.

نه من و نه IIC یا شخص حساب کننده ثالث حق نداریم به دعاوی در داوری توسط یا علیه سایر افراد یا نهادها بیبوندیم یا با آنها مدغم شویم، یا به عنوان عضو نماینده یا در سمت دادستان عمومی خصوصی یک طبقه در مورد دعاوی قضاوت کنیم. در صورت مواجهه به بیماری شغلی، IIC برای مصونیت مریض و کارکنان، اجازه مریض برای اخذ آزمایش خون را دارد.

من معلومات بیانیه(های) اطلاعات واکسین را خوانده ام یا برایم توضیح داده شده است و از خطرات آن (بشمول عوارض جانبی) و فواید واکسین(ها) آگاه هستم. اگر برای کسی دیگری موافقت می‌کنید، بر اساس رابطه خود با شخص فوق الذکر، من صلاحیت قانونی دارم که با این واکسین(ها) موافقت کنم.

من با واکسین شدن خودم/فرزندم با تمام واکسیناسیون‌های توصیه شده که در این زمان باید انجام شود، موافقت می‌کنم. اگر بخواهم هر واکسین(های) خاصی را رد کنم، با شماره 317-628-7116، ایمیل: [clinic@vaccinateindiana.org](mailto:clinic@vaccinateindiana.org) تماس می‌گیرم یا با مسئول کلینیک در محل صحبت می‌کنم.

واکسین‌هایی که ممکن است بر اساس سوابق واکسیناسیون شما/فرزندتان تطبیق شوند: DTaP/Tdap، هپاتیت A، هپاتیت B، هموفیلوس آنفلوانزا نوع (b) (HiB)، و وروس پاپیلومای انسانی (HPV)، آنفلوانزا، MMR، مننجیت، فلج اطفال، نیومونیا، وروس روتا، وروس سنسیتیال تنفسی (RSV)، واریسلا، زوستر و/یا کووید-19.

\*امضا: X

تاریخ:

امضای والدین/سرپرست در صورت زیر 18 سال ضروری است

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: \_\_\_\_\_