GIẤY PHÉP KHÁM SỨC KHỎE- Chích ngừa vacxin dịch cúm

(rev. 10/2/2012)

Xin làm ơn trả lời các câu hỏi sau đây về người mà được tiêm ngừa. Điều này bảo chúng tôi rằng ai có thể nhận vaxcine tại phòng khám của trường.

Tên:	Tháng ngày sinh:	Tuổi:
Đường:	Thành phố:	ĐT:
Lớp:	Cô giáo chủ nhiệm:	

	CÓ	KHÔNG
1) Con của quí vị bị dị ứng với trứng, thịt gà và các chất gentamicin, gelatin, hoặc arginine?		
2) Con của quí vị có khi nào có phản ứng trầm trọng sau khi tiêm chủng?		
3) Con của quí vị có khi nào có hội chứng Guillain-Barre (Chứng cơ co giật hoặc bị yếu)?		
Nếu quí vị trả lời "Có" cho tất cả các các câu hỏi ở trên, người này sẽ không có thể nhận tiêm ngừa ở trường. Làm ơn liên lạc với bác sĩ gia đình.		
4) Con của quí vị có các bệnh xuyễn, đái đường hoặc tất cả các bệnh về phổi, thận, gan và hệ thần kinh hoặc máu, các bệnh về hệ miễn dịch, hoặc đang uống aspirin hoặc đang trị liệu hệ thống miễn dịch?		
5) Người này có nhận các loại vacxine khác trong 4 tuần qua. Xin cập nhật các lọai vaxcine đã nhận: _____		
6) Người này có hệ thống miễn dịch yếu hoặc có liên lạc với người khác có hệ thống miễn dịch yếu như bị sida, bị ung thư hoặc người này có uống các loại thuốc chứa chất steroid hoặc các loại thuốc khác dùng để chữa bệnh ung thư.		
7) Người này có mang thai hay đang cho con bú?		
8) Người này có bảo hiểm bởi MaineCare?		
9) Người này có phải là người bản xứ Alaskan hay thổ dân Mỹ?		
10) Người này có bảo hiểm mà công ty bảo hiểm không trả phí chích ngừa miễn dịch?		
11) Người này không có bảo hiểm?		
12a) Tên bác sĩ:	12b) Điện thọai liên lạc của bác sĩ:	
13) Công ty bảo hiểm và số điện thọai nếu có:		

	YES	NO
14) Tôi cho phép hồ sơ của việc tiêm phòng chủng này được sử dụng để lên hóa đơn đến MaineCare hay công ty riêng để thu chi phí cho việc cung cấp vaxcine và đồng ý cho phép các thông tin này nhập vào hệ thống ImmPact2 mà có sẵn ở văn phòng bác sĩ.		

Tôi đã nhận được một bản sao thông báo các thông tin tiêm phòng ngừa vaxcine và tôi đã đọc nó hoặc tôi đã được giải thích. Tôi hiểu rằng các lợi ích và phản ứng của việc tiêm phòng cúm 2010 và đã yêu cầu người trong đơn này được tiêm chủng. Tôi hiểu rằng khi tôi kí vào dưới đây, tôi đại diện chính tôi và con của tôi chấp thuận để nhận tiêm ngừa đúng mức nhất mà đã được xác định bởi bác sĩ người tiêm phòng.

X_____

Chữ kí của người nhận vaxcine hoặc cha mẹ, người giám hộ nếu người nhận vaxcine là vị thành niên.

Cha mẹ hay người giám hộ (Xin viết tên):_____ Tháng ngày năm:_____

FOR OFFICE USE ONLY:

Date Dose Administered	Vaccine	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Dose Volume	Signature and Title of School Vaccine Provider	Body Site	Route