

<SCHOOL NAME>

<SCHOOL YEAR>

NPI: _____

儿童疫苗接种健康筛查及同意书

请回答以下关于受种者的问题。

姓名:	出生日期:	年龄:	年级:	首选语言:
疫苗接种资格和保险: <input type="checkbox"/> 有保险, 符合 19 岁以下人群的州标准 <input type="checkbox"/> 无健康保险 <input type="checkbox"/> 联邦医疗补助计划/缅因州医疗补助计划 ID 号 _____		勾选所有适用项 <input type="checkbox"/> 美国原住民/阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 保额不足 <input type="checkbox"/> 私人保险 公司名称 _____ ID 号 _____ 保险单号 _____		性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 非二元性别/X 性别 <input type="checkbox"/> 跨性别者 <input type="checkbox"/> 不愿透露 <input type="checkbox"/> 其他 _____
种族: <input type="checkbox"/> 美国印第安人或阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亚裔 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或其他太平洋岛民		<input type="checkbox"/> 黑人或非裔美国人 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 其他种族		族裔: <input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉丁裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔/非拉丁裔
街道地址:	城市/邮政编码:	日间电话:		

请回答以下有关上述人员的问题。	是	否	不知道
1. 孩子今天是否不适?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 孩子是否对药物、食物、疫苗成分或乳胶过敏?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 孩子过去是否曾对疫苗产生严重反应?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 孩子是否有肺、心脏、肾脏或代谢性疾病(例如糖尿病)、哮喘、血液病、无脾、补体成分缺乏、人工耳蜗植入或脊髓液泄漏等长期健康问题? 他/她是否正在接受长期的阿司匹林治疗?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 孩子及其兄弟姐妹或父母是否有过癫痫发作; 孩子是否有大脑或其他神经系统问题?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 孩子是否患有癌症、白血病、艾滋病或任何其他免疫系统疾病?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 孩子的父母、兄弟或姐妹是否有免疫系统疾病?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 在过去的 3 个月里, 孩子是否服用过影响免疫系统的药物, 例如泼尼松、其他类固醇或抗癌药物; 用于治疗类风湿性关节炎、克罗恩氏病或牛皮癣的药物; 或接受过放射治疗?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 在过去一年里, 孩子是否接受过输血或血液制品, 或接受过免疫球蛋白或抗病毒药物?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 儿童/青少年是否怀孕或有可能在下个月内怀孕?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 孩子在过去 4 周内是否接种过疫苗?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

上述儿童已到了接种年龄并将接种以下疫苗:

请核对我的孩子的疫苗接种记录, 并为他/她接种任何需要接种的疫苗

COVID-19 疫苗

脑膜炎球菌结合疫苗 (MenACWY)

DTap/Tdap (白喉、破伤风、非细胞性百日咳疫苗)

MMR (麻疹、腮腺炎和风疹疫苗)

Flu (流感疫苗)

PCV13 (肺炎球菌结合疫苗)

Hep A (甲型肝炎疫苗)

脊髓灰质炎疫苗

Hep B (乙型肝炎疫苗)

PPSV23 (肺炎球菌多糖疫苗)

Hib (乙型流感嗜血杆菌疫苗)

轮状病毒疫苗

人乳头瘤病毒疫苗 (HPV)

水痘疫苗

B 群脑膜炎球菌疫苗

其他: _____

您是否携带了孩子的疫苗接种记录? 是 否

如果带了, 请将其提供给审核此表格的人员。该人员将为您提供今天接种疫苗的记录。

请翻页并填写另一面 

<SCHOOL NAME>

<SCHOOL YEAR>

NPI: _____

儿童疫苗接种健康筛查及同意书

请回答以下关于受种者的问题。

请从以下选项中勾选一项：

我的孩子可以在我不在场的情况下接种疫苗。

我的孩子只能在我在场的情况下接种疫苗。

疫苗接种同意书

- 本人已收到以上所示的疫苗信息声明 (VIS) 的副本。本人已阅读、已有人向本人解释，且我已了解该 VIS 中的信息。
- 本人了解，本次疫苗接种记录将输入缅因州免疫接种信息系统 ImmPact。
- 本人了解，按照建议，个人在今天接种疫苗后至少应留观 15 分钟。
- 本人允许将信息提供给缅因州医疗补助计划或私人保险以支付疫苗费用。
- 本人允许将上述疫苗注射予我本人或我授权提出本要求之上述人员。

▶ _____ 日期：_____ 与孩子的关系 _____

父母或法定监护人签名

▶ _____ 日期：_____

口译员签名

FOR CLINICAL USE ONLY

Documentation Information							
Clinic Site:			District:		Administrator Name:		
Patient Name:			Patient DOB:				
Vaccine	Dose	Extremity	Site	Route	VIS Date	Manufacturer & Lot #	Expiration Date
COVID-19	Pfizer: 0.3mL Moderna: 0.5mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
DTap/Tdap	0.5 mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Haemophilus influenzae type b (Hib)	0.5mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Hepatitis A (HepA)	0.5mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Hepatitis B (HepB)	0.5mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Human papillomavirus (HPV)	0.5mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Flu, inactivated (IIV)	0.25 mL 0.5mL	Right Left	Forearm Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Flu, (live attenuated) (LAIV4)	0.2mL (0.1mL per nostril)	Left nare Right nare	Bilateral Nares	Intranasal Spray			
Measles, mumps, rubella (MMR)	0.5 mL	Right Left	Posterior tricep Vastus Lateralis	SC			
Meningococcal serogroups ACWY (MenACWY)	0.5mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Meningococcal B (MenB)	0.5 mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Pneumococcal 13-valent conjugate (PCV13)	0.5mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Pneumococcal 23-valent polysaccharide (PPSV23)	0.5 mL	Right Left	Deltoid Posterior tricep Vastus Lateralis	IM SC			
Polio (IPV)	0.5 mL	Right Left	Deltoid Posterior tricep Vastus Lateralis	IM SC			
Rotavirus (RV1) (RV5)	Rotarix 1.0mL Rotateq 2.0mL	By mouth	Mouth	Oral			
Varicella (VAR)	0.5mL	Right Left	Upper Arm Vastus Lateralis	SC			
State-Supplied Vaccine						<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No

X _____
Signature and Credentials of Vaccine Administrator

Date