

CHUNG NGỪA CÚM 2016-2017

GIẤY KHÁM SỨC KHOẺ & CHO PHÉP

NPI: _____

School Name: _____

Họ Tên:	Ngày Sinh: / /	Tuổi:	Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ
Địa chỉ Đường phố:	Thị trấn/Thành phố:	Mã Vùng:	Điện thoại ban ngày:
Lớp:	Giáo viên:	Đơn vị Quản lý trường (Học khu)	

Người này là Thổ dân Mỹ hay người bản xứ Alaska? có không

Người này có bảo hiểm không? có không

Người này có bảo hiểm của MaineCare (Medicaid) không? có không

MaineCare ID #: _____

Bảo hiểm tư nhân? có không

Tên công ty bảo hiểm: _____

Mã ID: _____ Mã Nhóm: _____

Tên người đăng ký: _____ Ngày sinh của người đăng ký: _____

Tên Bác sĩ: _____ Số điện thoại: _____

Xin trả lời những câu hỏi sau về người có tên bên trên. Có thể viết thêm nhận xét vào mặt sau của giấy này.

	CÓ	KHÔNG
1) Người này có dị ứng nghiêm trọng (đe dọa tính mạng) với trứng không?		
2) Trước đây đã bao giờ người này bị phản ứng nghiêm trọng với chủng ngừa cúm chưa?		
3) Đã bao giờ người này bị Hội chứng Guillain-Barre chưa?		

Nếu quý vị trả lời “có” với bất kỳ câu nào từ câu 1-3 trên, xin gặp bác sĩ của quý vị để được chích ngừa cúm.

CHO PHÉP CHÍCH NGỪA

- Tôi đã nhận được một bản sao Thông Báo Thông Tin Chích Phòng Ngừa Cúm, tôi đã đọc hoặc đã được giải thích và tôi hiểu những lợi ích và rủi ro của vắc xin cúm.
- Tôi cho phép lưu giữ hồ sơ chích ngừa này trong ImmPact Registry.
- Tôi cho phép sử dụng thông tin được dùng để lập hoá đơn cho MaineCare hay bảo hiểm tư nhân với chi phí cung cấp vắc xin
- Tôi chấp thuận cho người trong đơn này được nhận vắc xin thích hợp nhất, theo quyết định của nhân viên chăm sóc sức khỏe.

X _____ Ngày: _____

Chữ ký của cha mẹ/người giám hộ nếu người được chích ngừa là trẻ vị thành niên hay chữ ký của người trưởng thành được chích ngừa.

Tên chữ in của Cha Mẹ hay Người Giám Hộ: _____

FOR OFFICE USE ONLY:

Date Dose Administered	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Dose Volume	Signature and Title of Vaccinator	Body Site	Route	VIS date
/ /						<input type="checkbox"/> IM single dose <input type="checkbox"/> IM multi dose	State Supplied Y N