12 - 17周歲新病人

新冠疫苗加強劑接種登記篩查問卷及疫苗接種同意書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 接受疫苗接種者姓名  (請正階書寫) | | | | | | | | 其他使用名字: | | | | | | | | |
| 出生日期: | | 性別: | | | | | | 婚姻狀況 (請圈出): | | | | | | | | |
| S - 單身 | | M - 已婚 | | | | D - 離婚 | | W - 喪偶 |
| SE - 合法分居 | | P - 生活伴侶 | | | | V - 合法同居 | | U - 未知 |
| 地址 | | | 城市 | | | 州 | | | 郵編 | | | 電子郵件地址 | | | | |
| 父母/監護人 (請書寫) | | | | | | | 電話 | | | | | | | 首選語言 | | |
| 族裔 (請圈出) |  | | | 種族 (請圈出) | | | | | | | | | | | | |
| HIS - 西班牙裔 | NHL - 非西班牙裔 | | | AIA – 美洲原住民或阿拉斯加 | | | | | | | ASN – 亞洲 | | | | OTH – 其他或多種族 | |
| DECL - 拒絕提供 | UNK - 未知 | | | BAA – 非裔美國人 | | | | | | | WHT – 白人 | | | | DECL – 拒絕提供 | |
|  |  | | | NHP – 夏威夷原住民或太平洋島民 | | | | | | |  | | | |  | |
| 提供疫苗之診所/辦公室地點 | | | | | | | 家庭醫生名字/地址/電話 | | | | | | | | | |
| **醫療保險** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **主要保險公司名字:** | | | | | 保險卡號碼: | | | | | | | | 受保人名字: | | | |
| 紅藍卡號碼: | | | | | 白卡號碼: | | | | | | | | 受保人出生日期: | | | |
| 病人與受保人關係:  Self自己  Spouse配偶  Child子女  Other其他 | | | | | | | | | | | | | 受保人性別: | | | |
| **第二保險公司名字:** | | | | | 保險卡號碼: | | | | | | | | 受保人名字: | | | |
| 紅藍卡號碼: | | | | | 白卡號碼: | | | | | | | | 受保人出生日期: | | | |
| 病人與受保人關係:  Self自己  Spouse配偶  Child子女  Other其他 | | | | | | | | | | | | | 受保人性別: | | | |
| **社會生活史** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 抽煙:  否  有  已戒煙 | | | | | 喝酒:  否  有 | | | | | | | | 濫用藥物:  否  有  說明: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **其他** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 藥房 | | | | | 藥房電話號碼 | | | | | | | | 之前/轉診的家庭醫生 | | | |
| **同意書** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 我同意由我受保的保險公司直接支付仁德醫療集團所提供的醫療服務費用。  我明白如果我的醫療保險無效或不支付部分醫療服務，我需負責支付診金和醫療費用。  父母/監護人正楷姓名 與病人關係  父母/監護人正楷簽名 日期 | | | | | | | | | | | | | | | | |

**姓名(Last, First): 出生日期：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COVID-19 疫苗接種篩查問卷** | | | | | | | |
| 1. | 您今天感覺不適嗎？? | | 是 | | | 否 | |
| 2. | 在過去的10天中，您是否曾因 COVID-19 感染或暴露而接受過 COVID-19 檢測，或被醫務人員或衛生部門告知要隔離或在居家隔離? | | 是 | 否 | | | 未知 |
| 3. | 在過去90天（3個月），您是否曾接受過抗體療法或COVID-19的恢復期血漿治療？  如果是，您什麼時候收到最後一劑？日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | 是 | 否 | | | 未知 |
| 4. | 您是否曾對任何疫苗，注射劑或COVID-19疫苗的任何成分產生嚴重或危及生命的過敏反應  (例如蕁麻疹、面部腫脹、呼吸困難、過敏性休克) ，或有任何嚴重的過敏症 / 過敏史? | | 是 | 否 | | | 未知 |
| 5. | 您是否患有出血性疾病或正在服用抗凝血藥？ | | 是 | 否 | | | 未知 |
| 6. | 您是否有心肌炎（心肌發炎）或心包炎（心臟周圍的纖維囊發炎）的病史？ | | 是 | 否 | | | 未知 |
| 7. | 您之前是否接種過 WHO 授權但未獲得 FDA 授權的 COVID-19 疫苗？  （如：AstraZenec – VAXZEVRIA 阿斯利康、Sinovac – CORONAVAC 中國科輿、Serum Institute of India 印度血清研究所 - COVISHIELD、Sinopharm 中國國藥） | | 是 | 否 | | | 未知 |
| 8. | 您是否曾經接種過COVID-19疫苗？  是  否  如果是，請問哪種疫苗？ | Moderna  莫德納 | Pfizer  輝瑞 | | Janssen  強生 | | |
| 9. | 您之前是否己完全接種COVID-19疫苗 ? Pfizer 輝瑞: 共兩劑 | | 是 | | | 否 | |
| 10. | 距完全接種輝瑞COVID-19疫苗系列的最後一劑疫苗至少間隔 5 個月? | | ☐ 是 | | | ☐ 否 | |

**緊急使用授權** FDA已根據緊急使用授權(EUA)提供了COVID-19疫苗。 EUA是需要在緊急情況下緊急使用藥物和生物產品，例如目前COVID-19大流行。該疫苗尚未完成與FDA批准或批准的產品相同類型的審查。但是，FDA決定根據EUA提供疫苗的決定是基於公共衛生突發事件的存在以及可獲得的全部科學證據，這表明疫苗的已知和潛在益處超過了已知和潛在風險。請注意：FDA批准 Pfizer-BioNTech COVID-19輝瑞疫苗為 16 歲及以上人群的兩劑系列疫苗。根據緊急使用授權 (EUA) 輝瑞疫苗可繼續提供給特定人群，包括 5至 15 歲的人群以及符合以下同意書中規定的特定人群。

**同意書** 我(父母 / 監護人)已閱讀或已向我解釋過有關 COVID-19 疫苗接種的資訊。我(父母 / 監護人)明白, 如果接受的疫苗是兩劑系列疫苗，接種者會需要接種兩劑才能被視為完全接種疫苗。

我(父母 / 監護人)有機會提出問題，這些問題的回答令我(父母 / 監護人)滿意（並確保我有權代表的上述人員提供代理同意也有機會提問）。我(父母 / 監護人)了解所描述的疫苗接種的益處和風險。

我(父母 / 監護人)要求接受COVID-19疫苗接種 (或上面已獲我授權的人提出請求並提供代理同意)。 我(父母 / 監護人)知道這種疫苗不會給接種者帶來任何費用。我(父母 / 監護人)瞭解將分配給疫苗的任何款項或利益, 並轉移給提供疫苗接種者, 包括健康保險計畫, Medicare, Medicaid或其他對我的醫療費用負有經濟責任的協力廠商。我(父母 / 監護人)授權發佈所有必要的資訊 (包括但不限於醫療記錄, 醫療帳單細則) 以核實付款情況, 以及其他公共衛生防疫目的所需的資訊, 包括向當地衛生部門疫苗註冊機構告。

我(父母 / 監護人)確認並同意，有關接種者的身份和所有疫苗接種的資訊將被發佈到紐約市範圍內的免疫註冊中心（CIR）。

父母/監護人(簽名) 日期/時間 書寫名字及與接受疫苗接種者的關係

**姓名(Last, First): 出生日期：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **此處由提供疫苗接種者填寫** | | | |
| **患者今天正在接受哪種疫苗** | | | |
| 疫苗名稱 |  | EUA情況  說明書日期 | 批號 |
| 輝瑞 | 加強劑 |  |  |

注射部位：  左手臂  右手臂

劑量：  0.3毫升

我已經與接受疫苗接種者（和父母，監護人或代理人，如果適用）一起審查了不良反應

我確認接受疫苗接種者（及其代理人，如果適用）有機會詢問有關疫苗接種的問題以及他們提出的所有問題（和/或他們的替代問題）均已盡我所能正確回答

提供疫苗接種者簽名:

**CONSENT FORM 同意書**

Privacy Act Statement-The information contained on this form contains confidential patient information that is legally protected by the privacy Act of 1974, 5 U.S.C. 522, and the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, P.L. 104-109 and other applicable federal and state laws. A photocopy of this assignment is considered as valid as the original. Our Notice of Privacy Practices provides information about how we may use and disclose protected health information about you. The Notice contains a Patient Rights section describing your rights under the law. You have the right to review our Notice before signing this Consent. The terms of our Notice may change. If we change our Notice, you may obtain a revised copy by contacting our office.

我們的“隱私保護通知”告訴您關於我們如何使用和透露您受保護的醫療資訊。根據法律規定，該“通知”詳述病人的權利。在簽署之前，你有權審查這份同意書。同意書上的條款可能會改變。一旦改變，你可以通過聯繫我們的辦公室以取得修訂的副本。

You have the right to request that we restrict how protected health information about you is used or disclosed for treatment, payment, or health care operations. We are not required to agree to this restriction, but if we do, we shall honor that agreement.

您有權提出要求或限制我們如何使用或透露您受保護的醫療資訊、付款或醫療保健業務。但我們不必同意此要求或限制。一旦我們這樣做，我們將履行該協議。

By signing this form, you consent to our use and disclosure of protected health information about you for treatment, payment and health care operations. You have the right to revoke this Consent, in writing, signed by you. However, such a revocation shall not affect any disclosures we have already made in reliance on your prior Consent. The Practice provides this form to comply with the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA).

通過簽署本頁，您將同意我們使用和透露您受保護的醫療資訊、付款和醫療保健業務。你有權撤回此書面同意，然而，這種撤回將不會影響任何您先前訂下的書面同意。醫療者可能提供此同意書至“健康保險轉移與責任法” (HIPAA)。

The patient understands that:

病人需了解：

* Protected health information may be disclosed or used for treatment, payment, or health care operations;

受保護的健康資訊可能會被透露，或用於治療、付款或醫療保健業務；

* The Practice has a Notice of Privacy and that the patient has the opportunity to review this Notice;

醫療者擁有此“隱私通知”，而病人有權審查此通知；

* The Practice reserves the right to change the Notice of Privacy Practices;

醫療者保留修改此“隱私通知”的權利；

* The patient has the right to restrict the uses of their information but the Practice does not have to agree to those restrictions;

病人有權提出要求或限制我們如何使用其資訊，但醫療者不必同意此要求或限制；

* The patient may revoke this Consent in writing at any time and all future disclosures will then cease.

病人可於任何時間以書面形式撤銷此項同意及未來所有的資訊披露，然後將停止。

This Consent was signed by:

Printed Name 名字正楷 Signature 簽名

Relationship to Patient 與病人關係 Date 今天日期

Witness 見證人:

Print Name – Practice Representative Date 今天日期