

新冠辉瑞疫苗问卷及同意书
关于疫苗接种 (请打印)

病人姓名: _____ 病人年龄: _____

对接种疫苗人员的问卷

以下的问题可以帮助我们决定疫苗接种是否可以实施。		画圈回答问题	
1. 您的孩子在过去的 14 天内是否新冠检测呈阳性?		是的	不是
2. 我已经阅读了给孩子接种新冠疫苗的紧急用户授权, 并且相关问题也得到解答。		是的	不是
3. 我意识到有些人可能会对接种有身体上的一些反应, 如 (不限于) 接种部位疼痛, 轻微头疼, 或者昏晕。		是的	不是
4. 您的孩子是否以前经历过接种后昏晕的情况?		是的	不是
5. 我了解疫苗接种的好处和风险, 并要求将疫苗接种授予被我已经授权过的上述人员。		是的	不是
6. 您的孩子有生病吗? 如果您的孩子就诊当天生病, 他/他们应该待在家里。		是的	不是
7. 您的孩子有没有接种过一针新冠疫苗?		是的	不是
a. 有, 是哪一种?	辉瑞 PFIZER	莫得纳 MODERNA	其他 OTHER
8. 您的孩子是否有过严重的或危及生命的过敏反应, 如麻疹, 或呼吸困难? 如果是, 孩子是否有经医生处方提供的医用自动注射笔? 是的 / 不是		是的	不是
9. 您的孩子是否有过敏症? 如果有, 请告之: _____		是的	不是
10. 在过去的 14 天中, 您的孩子是否有过疫苗接种 (包括流感疫苗接种)		是的	不是
11. 您的孩子是否已经怀孕, 或者正在考虑怀孕?		是的	不是
12. 您的孩子是否有癌症, 白血病, 艾滋病, 自身免疫系统疾病的病史或者其他削弱免疫功能的疾病?		是的	不是
13. 您的孩子是否有其他我们应该知道的医疗健康问题或行为问题? 请做如下描述: _____		是的	不是
14. 您的孩子有没有服用任何影响免疫系统的药物, 如激素, 治疗癌症的药物, 或者有过放射治疗?		是的	不是
15. 您的孩子倾向于用哪一边的手臂注射疫苗?		右	左

姓: _____ 名: _____ 中间名: _____

生日: ____/____/____ 年龄: ____ 性别: 男 女
月份/ 日期/ 年份

邮寄地址: _____ 城市: _____ 邮编: _____

电话号码: (____) ____-____ 电子邮件地址: _____

医疗保险提供者*: _____

医疗身份证号 ID #: _____ 个人密码 (Suffix): _____ 组号#: _____

投保人 _____ 跟病人的关系: _____ 投保人生日: _____

*这不是必填项, 如果没有相关信息, 可以空缺.

西班牙裔? 是的 不是 不知道 主要语言: _____

种族: 美洲印第安人/ 阿拉斯加本地人 西班牙裔/拉丁裔 夏威夷本地人/ 太平洋岛民
 黑人/ 非裔美国人 白人 亚裔 其他: _____

我同意去以下网址阅读关于 Samaritan Service 的隐私惯例的通知

<https://www.samhealth.org/patient-visitors/patient-privacy-rights>.

关于给孩子接种疫苗的同意书:

我已经收到, 阅读或向我解释过, 并了解所提供的新冠病毒疫苗的信息 (有关信息请访问以下链接 www.samhealth.org/getthevaccine). 我特此授权 Samaritan Health Services 以两剂系列的方式管理我所要求的疫苗。该同意书的范围包括疫苗的接种, 跟提供者进行讨论, 当需要在疫苗接种后能立即进行护理和治疗。如果您的孩子出现了与过敏反应一致的症状, 将由现场临床人员进行治疗。如果有必要, 这有可能包括肾上腺素注射和送达最近的急诊室。

相关人员不会为了疫苗接种而约束孩子。表现出严重焦虑或困扰, 拒绝接种, 或者有任何破坏性行为的孩子将不会接种疫苗。

我同意让名字出现在本表格顶部的孩子接受辉瑞 BioNTech 新冠疫苗接种。

(如果此同意书未签名, 未注明日期, 将不会为孩子接种疫苗。)

法定代表人签名: _____

日期: _____ 与孩子的关系: _____

需要时可立即与您联系的电话号码: _____