

新冠肺炎 (COVID) 疫苗接种同意书

版本 3 表格第一页 (共两页)



诊所信息

诊所 ID _____ 诊所名称 _____ 电话 _____ 店铺编号 _____
地址 _____ 城市 _____ 国家 _____ 邮编 _____

患者信息

姓 _____ 名 _____ 出生日期 _____ 性别 _____
地址 _____ 城市 _____ 国家 _____ 邮编 _____

基础医疗提供商 (PCP) 名称 _____ PCP 电话 _____ PCP 传真号码 _____

PCP 地址 _____ 城市 _____ 国家 _____ 邮编 _____

您是长期护理机构的居住者 或员工/工作人员 ?

这是患者第一剂 或第二剂 COVID-19 疫苗注射?

保险信息: (请确保于诊所现场收集患者的保险卡副本)

***为必填项**

处方保险: _____ 是 否
*您是主要持卡人吗? _____ *如果不是, 请填写主要持卡人出生日期 _____

*处方给付计划名称 _____ *主要持卡人 ID 号码 _____ *处方组 ID _____ *BIN _____ *PCN _____

Medicare 领域:

是 否

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*患者是否年满 65 岁以上
或符合 Medicare 资格?

*Medicare A 部分/B 部分 ID 号码 (MBI) 备注: 所有年满 65 岁以上或符合 Medicare 资格的患者都需要填写 MBI。请参阅 Medicare 红卡、白卡及蓝卡

Medical 保险: _____

*Medical 保险提供者 _____ *主要持卡人 ID 号码 _____ *组 ID _____ *付款人 ID _____

是 否

*患者是主要持卡人吗? _____ *如果不是, 请填写主要持卡人出生日期 _____

***如果未保险, 则必须勾选下列选项以确认以下信息为正确无误:**

我没有任何保险, 包括但不限于 Medicare、Medicaid 或任何其他私人或政府资助的健康给付计划。

为便于美国卫生资源及服务管理局 (US Health Resource & Services Administration) 之 COVID-19 计划给付未保险患者的疫苗注射费用, 请提供 (a) 有效的社会安全号码, (b) 州识别号码及签发州, 或 (c) 驾驶执照号码及签发州。

*社会安全号码 _____ 或州识别号码及州 _____ 或驾驶执照号码及州 _____

潜在禁忌症

	是	否	不清楚
1. 您今天是否生病了?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. 您是否曾注射 COVID-19 疫苗? 如果是, 哪种疫苗产品? <input type="radio"/> 辉瑞 (Pfizer) <input type="radio"/> 莫德纳 (Moderna) <input type="radio"/> 另一种产品: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. 您是否出现过严重的过敏反应 (例如急性过敏)? 例如: 使用肾上腺素或 EpiPen® 治疗的反应, 或者必须前往医院救治的反应?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
接受 COVID-19 疫苗后是否出现严重的过敏反应?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
接受其他疫苗或注射药物后是否出现严重的过敏反应?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
严重的过敏反应与服用聚乙二醇 (Polyethylene Glycol) 或含聚乙二醇的产品有关吗?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
严重的过敏反应与服用聚山梨醇酯 (Polysorbate) 或含聚山梨醇酯的产品有关吗?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

姓 名 出生日期

潜在禁忌症 继续

- | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 4. 在过去的 14 天内, 您是否曾接受疫苗注射? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. 在过去 90 天内, 您是否曾接受单株抗体 (monoclonal antibodies) 或愈后血浆 (convalescent plasma) 作为 COVID-19 治疗的一部分? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

潜在注意事项

- | | | | |
|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 6. 您是否患有出血性疾病或正在使用抗凝血剂? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. 您是否为怀孕或哺育母乳的女性? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

服务同意书: 我已收到正在接受的疫苗对应的疫苗信息表或患者情况说明书。本人已阅读了所提供的有关本人将要接种的疫苗的信息。本人有机会提出问题, 并得到了令本人满意的答复。本人了解接种疫苗的益处和风险, 并自愿对任何可能产生的反应承担全部责任。本人明白, 在接种疫苗后应在疫苗施用区停留 15 分钟, 以监测任何潜在的不良反应。我了解我如果出现副作用, 我应该执行以下操作: 致电药房、联络医师、致电 911。我要求将疫苗注射予我本人或我授权提出本要求之上述人员。仅适用于佐治亚州: 本人确认, 药剂师询问了本人的健康史以及在过去一年内本人是否做过体检。医疗保健提供者未确定表明本人不应该接种疫苗的情况。

付款的信息是正确的。本人授权发布所有记录, 以执行此要求。本人要求以本人名义支付获得授权的福利金。

记录的披露: 本人明白, CVS® 可能会根据要求或自愿向负责本方案的医生、本人的基础医疗医生 (如果有)、本人的保险计划、医疗系统和医院、和/或州或联邦登记处披露本人的健康信息, 即在 CVS 接种疫苗者的特定健康信息 (如适用), 以用于治疗、付款或其他保健业务 (如管理或质量保证) 目的。本人也明白 CVS 将按照《CVS 隐私政策准则》(可在店内、网上找到, 或向药房索取纸质副本) 中的规定使用和披露本人的健康信息。仅适用于加利福尼亚州: 本人同意 CAIR 与医疗保健提供者、机构或学校分享本人的免疫数据。疫苗诊所: 如果本人通过疫苗诊所接受疫苗, 本人明白本人的姓名、疫苗预约日期和时间将被提供给诊所协调员。

要求付款的授权: 本人特此授权 CVS Pharmacy® (“CVS”) 发布信息并要求付款。我保证提供给 Medicare 或 Medicaid 或 HRSA COVID-19 计划为未保险患者申请

X

疫苗注射患者签名 (或家长、监护人或授权代表) _____ 日期 _____
 如果代表患者签名即表示您已获授权代表患者提供所需的同意书。

家长、监护人或授权代表姓名 _____ 电话号码 _____ 关系 _____

由免疫员填写

Vaccine Administration Information for Immunizer/Pharmacist use only

Administration Date	Vaccine	VIS Date	Manufacturer <input type="radio"/> L <input type="radio"/> R	Volume (mL)
Lot #	Exp. Date	Route	Site	

If patient's body temperature is 100.4° F or greater, inform them they should not receive the vaccine at this time.

Patient Temperature

Administering Immunizer Name & Title _____ Administering Immunizer Signature _____

To be filled out by immunizer, as required for state immunization registry reporting. Only for states listed.

MS: Check all fields for patients 18 years of age and younger

OK: Check Race and Ethnicity for all patients. Select Next of Kin for patients 18 years of age and younger.

Race: 1 - American Indian or Alaska Native 2 - Asian 3 - Native Hawaiian/Other Pacific Islander
 4 - Black or African American 5 - White 6 - Other Race

Ethnicity: 1 - Hispanic 2 - Not Hispanic or Latino 3 - Unknown

Next of Kin (18 or younger)

Name _____ Phone Number _____ Relationship _____

Address _____

State of NJ only

Prescriber Name _____ Prescriber Address _____

For CA, MA, MT, NJ, NM, NY, TX (For CA, this indicator means the registry will not share with Universities, Schools or other agencies) **Registry Sharing Indicator:** Yes No