

أكمل الآتي للشخص الذي سيتلقى اللقاح:

اسم المريض: الأول _____ الأوسط _____ الكنية _____
تاريخ الميلاد: _____ / _____ / _____ العمر: _____ الجنس: أنثى ذكر الأصل العرقي: إسباني/ لاتيني إسباني/ لاتيني ليس من أصل إسباني/ لاتيني
العرق: (حدد كل ما ينطبق) هندي أمريكي/ سكان ألاسكا الأصليون آسيوي أسود سكان هاواي الأصليون/ سكان جزر المحيط الهادئ أبيض غير معروف
رقم الهاتف _____ - _____ (البريد الإلكتروني: _____)
العنوان البريدي: _____ المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____
الاسم الكامل لولي الأمر/ الوصي: _____

حالة التأمين (ضع علامة على المربع)

لا يوجد تأمين

MEDICAID

الشركة: _____ Medicaid #: _____ لا أعلم

تأمين خاص أو تجاري (غير MEDICAID)

شركة التأمين: _____ بطاقة تعريف وثيقة التأمين: _____ المجموعة # _____ (إذا انطبق أحدهما):
اسم صاحب الوثيقة: _____ تاريخ ميلاد صاحب الوثيقة: _____ / _____ علاقة صاحب الوثيقة بالمريض: _____

أسئلة للشخص الذي سيتلقى اللقاح:

	لا	نعم
1- هل الشخص الذي سيتلقى اللقاح مريض في الوقت الحالي؟ إذا كانت الإجابة نعم، فما هي أعراضه؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- هل يعاني الشخص الذي سيتلقى اللقاح من أي حساسية تجاه الأدوية أو الأطعمة أو أحد مكونات اللقاح أو مادة اللاتكس؟ يرجى ذكر قائمة بأنواع الحساسية:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- هل أصيب الشخص الذي سيتلقى اللقاح برد فعل خطير تجاه لقاح ما في الماضي؟ إذا كانت الإجابة نعم، يرجى التوضيح:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- هل أصيب الشخص الذي سيتلقى اللقاح بمتلازمة جيليان باريه (GBS) من قبل؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- هل يعاني الشخص الذي سيتلقى اللقاح من مشكلة صحية مزمنة مثل أمراض القلب أو الرئة أو الربو أو أمراض الكلى أو أمراض الأيض (مثل السكري) أو فقر الدم أو اضطرابات الدم الأخرى؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- هل الشخص الذي سيتلقى اللقاح مصاب بالسرطان أو اللوكيميا (سرطان الدم) أو الإيدز أو أي مشكلة أخرى في جهاز المناعة؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- هل يتناول الشخص الذي سيتلقى اللقاح الكورتيزون أو بريدنيزون أو الستيرويدات الأخرى أو الأدوية المكافحة للسرطان، أو هل خضع لعلاج السرطان بالأشعة السينية؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- هل يعاني الشخص الذي سيتلقى اللقاح من نوبة صرع أو مشكلة بالدماغ أو مشكلة أخرى في الجهاز العصبي؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- هل الشخص الذي سيتلقى اللقاح شخص مُدخَّن؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- هل تلقى الشخص الذي سيتلقى اللقاح نقل دم أو مشتقاته، أو تم إعطاؤه دواءً يسمى الجلوبيولين المناعي (جاما)، خلال العام الماضي؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- بالنسبة للسيدات: هل السيدة التي ستتلقى اللقاح حامل أو هل هناك فرصة للحمل خلال الشهر القادم؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- هل تلقى الشخص الذي سيتلقى اللقاح أي تطعيمات أو لقاحات في الأسابيع الأربعة الماضية؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

من خلال التوقيع أدناه، فأني أوافق على الاستخدام والكشف عن المعلومات الصحية الشخصية الخاصة بي أو الخاصة بطفلي لغرض إجراءات الرعاية الصحية، مع التنازل عن جميع المدفوعات من شركة التأمين المدرجة أعلاه إلى VaxCare لقاء الخدمات المقدمة.

موافقة على استخدام المعلومات الصحية المحمية وطلبات التنازل: أوافق بموجب هذا على إشعار ممارسات الخصوصية وأقر باستلامه فيما يتعلق باستخدام معلوماتي الصحية الشخصية والكشف عنها لغرض إجراءات الرعاية الصحية، مع التنازل عن جميع المدفوعات من شركة التأمين المذكورة أعلاه إلى VaxCare المرتبطة بالخدمات المذكورة هنا. ترخيص اللقاح: يُوضَّح توقيعي على هذه الاستمارة إلى أنني قدمت طلب إعطاء اللقاح الموضح أدناه لي أو إلى من أعليه من قبل ممثل VaxCare. أنا أعفي VaxCare وشريك VaxCare والشخص المسؤول والموظفين من أي مسؤولية عن أي ردود فعل قد تحدث. أنا أتنازل بشكل غير مشروط وبصورة نهائية عن أي حق في المحاكمة أمام هيئة محلفين، وإلى أقصى حد يسمح به القانون، لأي مطالبة أو إجراء ناجم عن هذه الخدمة أو متعلق بها، وأن أي مطالبة أو إجراء مصغر يجب تحديده فقط على أساس فردي من خلال التحكيم وفقاً لقواعد التحكيم التجاري لجمعية التحكيم الأمريكية.

لا يحق لي ولا لـ VaxCare الانضمام إلى الدعوى أو دمجها في التحكيم من قبل أو ضد أفراد أو كيانات أخرى، أو التحكيم في أي دعوى بصفتي عضواً ممثلاً لفئة أو بصفة المدعي العام الخاص. في حالة التعرض المهني، فإن VaxCare تملك موافقة المريض لفحص الدم من أجل سلامة كل من المريض والموظف. لقد قرأت أو تم شرح المعلومات لي من بيان (بيانات) معلومات اللقاح وأنا أتفهم المخاطر (بما في ذلك ردود الفعل الضارة) وفوائد اللقاح (اللقاحات). في حالة الموافقة نيابة عن شخص آخر، فأنا أمتلك السلطة القانونية، بناءً على علاقتي بالشخص المشار إليه أعلاه بالموافقة على إدارة هذا اللقاح (اللقاحات).

□ أوافق على تلقيحي أنا/ طفلي بجميع التطعيمات الموصى بها في هذا الوقت. في حال رغبتني في رفض أي لقاح محدد، فسوف أتصل بالرقم 7116-628-317 أو عبر البريد الإلكتروني: clinic@vaccinateindiana.org لللقاحات التي يمكن إعطاؤها بناءً على سجل التطعيم الخاص بك / الخاص بطفلك: لقاح الدفتيريا (الخنق) والسعال الديكي والتيتانوس (الكرزاز) (DTaP) (Tdap)، التهاب الكبد الوبائي أ، التهاب الكبد الوبائي ب، لقاح الإنفلونزا البكتيرية النوع ب (HIB)، شلل الأطفال، فيروس روتا، بكتيريا المكورات الرئوية، الإنفلونزا، لقاح الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية (MMR)، فيروس الورم الحليمي البشري، التهاب السحايا (الحمى الشوكية)، فيروس الجدري المائي

□ التوقيعات الإلكترونية: تستخدم التوقيعات الإلكترونية في السجلات الصحية كوسيلة لإثبات إدخلات السجلات الصحية الإلكترونية والوثائق المنقولة والمستندات التي تم إنشاؤها بواسطة الكمبيوتر. من خلال وضع علامة على هذا المربع والإرسال من خلال الاسم والتاريخ في هذه الاستمارة فأنا أدرك أنني أقوم بتنفيذ توقيع إلكتروني يعتبر ملزماً بشكل قانوني كوسيلة لتقديم الموافقة على البنود والشروط الموضحة في هذه الاستمارة. تتضمن سياسة VaxCare قبول التوقيع الإلكتروني عوضاً عن التوقيع اليدوي. يعمل هذا الإجراء ضمن البنية التحتية الآمنة، مما يضمن سلامة إجراء العملية ويقلل من مخاطر النشاط غير المصرح به في تصميم واستخدام والوصول إلى السجل الصحي الإلكتروني.

التوقيع: X

التاريخ:

توقيع ولي الأمر/ الوصي مطلوب إذا كان عمر المريض أقل من 18 عاماً

CLINIC USE ONLY

VACCINE	VIS	MANUFACTURER /LOT # / EXP DATE	INJECTION SITE	Route
DTAP	4/01/20		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
DTAP/HEP B/IPV	4/01/20 8/15/19 10/30/19		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
DTAP/IPV	4/01/20 10/30/19		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
HEP A <input type="checkbox"/> adult <input type="checkbox"/> peds	7/20/16		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
HEP B <input type="checkbox"/> adult <input type="checkbox"/> peds	8/15/19		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
HIB	10/30/19		<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM

استبيان فحص ائتلاف إنديانا لتحصين المناعة (IIC) - باللغة العربية
 6919 East 10th Street, Suite C2, Indianapolis, IN 46219

المدرسة:

HPV9	10/30/19		<input type="checkbox"/> LA	<input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
Influenza	08/15/19		<input type="checkbox"/> LA	<input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
MCV4	8/15/19		<input type="checkbox"/> LA	<input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
MEN B	8/15/19		<input type="checkbox"/> LA	<input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
MMR	8/15/19		<input type="checkbox"/> LA	<input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> SC
MMR/V	8/05/19		<input type="checkbox"/> LA	<input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> SC
PCV-13	10/30/19		<input type="checkbox"/> LA	<input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
POLIO	10/30/19		<input type="checkbox"/> LA	<input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC
PPSV23	10/30/19		<input type="checkbox"/> LA	<input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
ROTAVIRUS	10/30/19				<input type="checkbox"/> PO
TDAP	4/01/20		<input type="checkbox"/> LA	<input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM
VARICELLA	8/15/19		<input type="checkbox"/> LA	<input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> SC
ZOSTER	10/30/19		<input type="checkbox"/> LA	<input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> IM

VACCINATOR NAME AND CREDENTIALS: _____

DATE: _____

CHECKED OUT IN VAXCARE BY: _____

DATE: _____