

接受疫苗接种者姓名: (请正阶书写)			其他使用名字:	
出生日期: MM/DD/YY	性别:	婚姻状况: 选项: S - 单身 D - 离婚 M - 已婚 W - 丧偶 V - 公民联盟 U - 未知 SEPARATED - 合法分居 PARTNER - 生活伴侣		
地址:	城市	州	邮编	电子邮件地址:
父母/监护人/代理人 (如果适用, 请书写):	电话:		首选语言:	
族裔: 选项: DECL - 拒绝提供 HIS - 西班牙裔 NHL - 非西班牙裔 UNK=-未知	种族: 选项: AIA - 美洲原住民或阿拉斯加 ASN - 亚洲 BAA - 非裔美国人或黑人 DECL - 拒绝提供 NHP - 夏威夷原住民或太平洋岛民 WHT - 白人 OTH			
提供疫苗之诊所/办公室地点:	家庭医生: _____ 地址: _____ 电话: _____			

### COVID-19 疫苗接种筛查问卷:

1) 您今天感觉不适吗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知
2) 在过去的 10 天中, 您是否曾因 COVID-19 感染或暴露而接受过 COVID-19 检测, 或被医务人员或卫生部门告知要隔离或在居家隔离?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知
3) 在过去 90 天内(3 个月), 您是否接受过 COVID-19 抗体治疗? 如果是, 您什么时候接受到最后一次治疗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知
4) 您是否曾对任何疫苗或于接种疫苗后产生严重或危及生命的过敏反应, 例如荨麻疹或呼吸困难?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知
5) 在过去的 14 天(2 周)中, 您是否曾接种疫苗, 包括流感疫苗? 如果是, 您最近的一次接种疫苗是何时?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知
6) 您是否正在怀孕, 备孕或喂哺母乳?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知
7) 您是否患有癌症, 白血病, 艾滋病毒/艾滋病, 自身免疫病史或任何削弱免疫系统的疾病?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知
8) 您是否有服用任何会影响免疫系统的药物, 例如可体松, 泼尼松或其他类固醇, 抗癌药, 或者您是否接受过放射治疗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知
9) 您是否患有出血性疾病或正在服用抗凝血药?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知

### 紧急使用授权

FDA 已根据紧急使用授权(EUA)提供了 COVID-19 疫苗。EUA 是需要紧急情况下紧急使用药物和生物产品, 例如目前 COVID-19 大流行。该疫苗尚未完成与 FDA 批准或批准的产品相同类型的审查。但是, FDA 决定根据 EUA 提供疫苗的决定是基于公共卫生突发事件的存在以及可获得的全部科学证据, 这表明疫苗的已知和潜在益处超过了已知和潜在风险。

姓名 (Last, First): \_\_\_\_\_

出生日期: \_\_\_\_\_

### 同意书

我已获得并已阅读或已向我解释了有关 COVID-19 疫苗接种的信息。我了解, 如果此疫苗需要两剂, 则需要注射 (接种) 两剂才能使其有效。我有机会提出问题及取得让我满意的答案 (并确保我被授权为其提供代理同意的上述人也有机会提出问题)。我了解上述疫苗接种的好处和风险。

我要求接受 COVID-19 疫苗接种 (或上面已获我授权的人提出请求并提供代理同意)。我知道这种疫苗不会给我带来任何费用。我了解将分配给疫苗的任何款项或利益, 并转移给提供疫苗接种者, 包括我的健康保险计划, Medicare, Medicaid 或其他对我的医疗费用负有经济责任的第三方。我授权发布所有必要的信息 (包括但不限于医疗记录, 医疗账单细则) 以核实付款情况, 以及其他公共卫生防疫目的所需的信息, 包括向当地卫生部门疫苗注册机构告。

我确认并同意, 有关我的身份和所有疫苗接种的信息将被发布到纽约市范围内的免疫注册中心 (CIR)。

接受疫苗接种者/代理人/监护人(签名)

日期/时间

书写名字及与接受疫苗接种者的关系  
(如非接受疫苗接种者)

电话翻译员的 ID 号

日期/时间

翻译员的签名

日期/时间

书写翻译员的名字及与接受疫苗接种者的关系

此处由提供疫苗接种者填写

患者今天正在接受哪种疫苗

疫苗名称		EUA 情况说明日期	制造商和批号
Pfizer/ BioNTech	<input type="checkbox"/> 第一剂 <input type="checkbox"/> 第二剂		
Moderna	<input type="checkbox"/> 第一剂 <input type="checkbox"/> 第二剂		
Astra-Zeneca	<input type="checkbox"/> 第一剂 <input type="checkbox"/> 第二剂		
Janssen	<input type="checkbox"/> 单		

注射部位    左手臂    右手臂    左大腿    右大腿

剂量        0.5 毫升    0.25 毫升

- 我已经与接受疫苗接种者 (和父母, 监护人或代理人, 如果适用) 一起审查了不良反应
- 我确认接受疫苗接种者 (及其代理人, 如果适用) 有机会询问有关疫苗接种的问题以及他们提出的所有问题 (和/或他们的替代问题)均已尽我所能正确回答

提供疫苗接种者签名: \_\_\_\_\_