



COVID-19 疫苗接种筛查问卷登记及疫苗接种同意书

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: _____	
<b>医疗保险</b>			
主要保险公司名字:		保险卡号码	受保人名字:
紅藍卡号码:		白卡号码:	受保人出生日期:
病人与受保人关系: <input type="checkbox"/> Self 自己 <input type="checkbox"/> Spouse 配偶 <input type="checkbox"/> Child 子女 <input type="checkbox"/> Other 其他			受保人性别:
第二保险公司名字:		保险卡号码:	受保人名字:
紅藍卡号码:		白卡号码:	受保人出生日期:
病人与受保人关系: <input type="checkbox"/> Self 自己 <input type="checkbox"/> Spouse 配偶 <input type="checkbox"/> Child 子女 <input type="checkbox"/> Other 其他			受保人性别:
<b>Social History</b>			
抽烟: <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 已戒烟		喝酒: <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 有	滥用药物: <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 有 说明:
<b>其他</b>			
药房:		药房电话号码:	之前/转诊的家庭医生:
<b>同意书</b>			
我同意由我受保的保险公司直接支付仁德医疗集团所提供的医疗服务费用。 我明白如果我的医疗保险无效或不支付部分医疗服务, 我需负责支付诊金和医疗费用。 本人/监护人/代表正楷姓名: _____ 与病人关系: _____			

姓名 (Last, First): \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

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。

**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

姓名 (Last, First): \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

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    鼻腔  
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: \_\_\_\_\_

## CONSENT FORM 同意书

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.

我们的“隐私保护通知”告诉您关于我们如何使用和透露您受保护的医疗信息。根据法律规定，该“通知”详述病人的权利。在签署之前，你有权审查这份同意书。同意书上的条款可能会改变。一旦改变，你可以通过联系我们的办公室以取得修订的副本。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.

您有权提出要求或限制我们如何使用或透露您受保护的医疗信息、付款或医疗保健业务。但我们不必同意此要求或限制。一旦我们这样做，我们将履行该协议。

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).

通过签署本页，您将同意我们使用和透露您受保护的医疗信息、付款和医疗保健业务。你有权撤回此书面同意，然而，这种撤回将不会影响任何您先前订下的书面同意。医疗者可能提供此同意书至“健康保险转移与责任法”(HIPAA)。

病人需了解 The patient understands that:

- Protected health information may be disclosed or used for treatment, payment, or health care operations;  
受保护的医疗信息可能会被透露，或用于治疗、付款或医疗保健业务；
- The Practice has a Notice of Privacy and that the patient has the opportunity to review this Notice;  
医疗者拥有此“隐私通知”，而病人有权审查此通知；
- The Practice reserves the right to change the Notice of Privacy Practices;  
医疗者保留修改此“隐私通知”的权利；
- The patient has the right to restrict the uses of their information but the Practice does not have to agree to those restrictions;  
病人有权提出要求或限制我们如何使用其信息，但医疗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.  
病人可于任何時間以書面形式撤銷此項同意及未來所有的信息披露，然後將停止。

This Consent was signed by: \_\_\_\_\_

Printed Name 名字正楷

Signature 签名

\_\_\_\_\_  
Relationship to Patient 与病人关系

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Date 今天日期

Witness 見證人: \_\_\_\_\_

Print Name - Practice Representative (名字正楷)

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Date 今天日期