

接受疫苗接種者 姓名: (請正楷書寫)		其他使用名字:	
出生日期: / /	性別:	婚姻狀況: S-單身 D-離婚 M-已婚 W-喪偶 V-公民聯盟 U-未知 SEPARATED-合法分居 PARTNER-生活伴侶	
地址: 城市 州 郵編		電子郵件地址:	
父母/監護人/代理人 (如果適用, 請書寫):		電話:	首選語言:
族裔: DECL - 拒絕提供 HIS - 西班牙裔 NHL - 非西班牙裔 UNK - 未知		種族: AIA - 美洲原住民或阿拉斯加 ASN - 亞洲 BAA - 非裔美國人或黑人 DECL - 拒絕提供 NHP - 夏威夷原住民或太平洋島民 WHT - 白人 OTH 其他	
提供疫苗之診所/辦公室地點:		家庭醫生: _____ 地址: _____ 電話: _____	
<b>醫療保險</b>			
主要保險公司名字:		保險卡號碼:	受保人名字:
紅藍卡號碼:		白卡號碼:	受保人出生日期:
病人與受保人關係: <input type="checkbox"/> Self 自己 <input type="checkbox"/> Spouse 配偶 <input type="checkbox"/> Child 子女 <input type="checkbox"/> Other 其他		受保人性別:	
第二保險公司名字:		保險卡號碼:	受保人名字:
紅藍卡號碼:		白卡號碼:	受保人出生日期:
病人與受保人關係: <input type="checkbox"/> Self 自己 <input type="checkbox"/> Spouse 配偶 <input type="checkbox"/> Child 子女 <input type="checkbox"/> Other 其他		受保人性別:	
<b>Social History</b>			
抽煙: <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 已戒煙		喝酒: <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 有	濫用藥物: <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 有 說明:
<b>其他</b>			
藥房:		藥房電話號碼:	之前/轉診的家庭醫生:
<b>同意書</b>			
我同意由我受保的保險公司直接支付仁德醫療集團所提供的醫療服務費用。 我明白如果我的醫療保險無效或不支付部分醫療服務, 我需負責支付診金和醫療費用。			
本人/監護人/代表正楷姓名:		與病人關係:	

姓名: \_\_\_\_\_

出生日期: \_\_\_\_\_

COVID-19 疫苗接種篩查問卷:	
1) 您今天感覺不適嗎?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知
2) 在過去的 10 天中, 您是否曾因 COVID-19 感染或暴露而接受過 COVID-19 檢測, 或被醫務人員或衛生部門告知要隔離或在居家隔離?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知
3) 在過去 90 天內(3 個月), 您是否接受過 COVID-19 抗體治療? 如果是, 您什麼時候接受到最後一次治療?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知
5) 在過去的 14 天(2 週)中, 您是否曾接種疫苗, 包括流感疫苗+? 如果是, 您最近的一次接種疫苗是何時?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知
6) 您是否正在懷孕, 備孕或餵哺母乳?	<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統的疾病?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知
8) 您是否有服用任何會影響免疫系統的藥物, 例如可體松, 潑尼鬆或其他類固醇, 抗癌藥, 或者您是否接受過放射治療?	<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藥?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知

#### 緊急使用授權

FDA 已根據緊急使用授權(EUA)提供了 COVID-19 疫苗。EUA 是需要緊急情況下緊急使用藥物和生物產品, 例如目前 COVID-19 大流行。231354897adsw 該疫苗尚未完成與 FDA 批准或批准的產品相同類型的審查。但是, FDA 決定根據 EUA 提供疫苗的決定是基於公共衛生突發事件的存在以及可獲得的全部科學證據, 這表明疫苗的已知和潛在益處超過了已知和潛在風險。

#### 同意書

我已獲得並已閱讀或已向我解釋了有關 COVID-19 疫苗接種的信息。我了解, 如果此疫苗需要兩劑, 則需要注射(接種)兩劑才能使其有效。我有機會提出問題及取得讓我滿意的答案(並確保我被授權為其提供代理同意的上述人也有機會提出問題)。我了解上述疫苗接種的好處和風險。

我要求接受 COVID-19 疫苗接種(或上面已獲我授權的人提出請求並提供代理同意)。我知道這種疫苗不會給我帶來任何費用。我了解將分配給疫苗的任何款項或利益, 並轉移給提供疫苗接種者, 包括我的健康保險計劃, Medicare, Medicaid 或其他對我的醫療費用負有經濟責任的第三方。我授權發布所有必要的信息(包括但不限於醫療記錄, 醫療賬單細則)以核實付款情況, 以及其他公共衛生目的所需的信息, 包括向適用的疫苗註冊機構報告。

我確認並同意, 有關我的身份和所有疫苗接種的信息將被發佈到紐約市範圍內的免疫註冊中心(CIR)。

接受疫苗接種者/代理人/監護人(簽名)

日期/時間

書寫名字及與接受疫苗接種者的關係  
(如非接受疫苗接種者)

電話翻譯員的ID號

日期/時間

翻譯員的簽名

日期/時間

書寫翻譯員的名字及與接受疫苗接種者的關係

姓名 (Last, Name): \_\_\_\_\_

出生日期: \_\_\_\_\_

此處由提供疫苗接種者填寫

患者今天正在接受哪種疫苗？

疫苗名稱		EUA 情況說明書日期	製造商和批號
Pfizer/ BioNTech	<input type="checkbox"/> 第一劑 <input type="checkbox"/> 第二劑		
Moderna	<input type="checkbox"/> 第一劑 <input type="checkbox"/> 第二劑		
Astra-Zeneca	<input type="checkbox"/> 第一劑 <input type="checkbox"/> 第二劑		
Janssen	<input type="checkbox"/> 單劑		

注射部位     左手臂     右手臂     左大腿     右大腿

劑量     0.5 毫升     0.25 毫升

- 我已經與接受疫苗接種者（和父母，監護人或代理人，如果適用）一起審查了不良反應
- 我確認接受疫苗接種者（及其代理人，如果適用）有機會詢問有關疫苗接種的問題以及他們提出的所有問題（和/或他們的替代問題）均已盡我所能正確回答

提供疫苗接種者簽名: \_\_\_\_\_

## CONSENT FORM 同意書

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.

我們的“隱私保護通知”告訴您關於我們如何使用和透露您受保護的醫療信息。根據法律規定，該“通知”詳述病人的權利。在簽署之前，你有權審查這份同意書。同意書上的條款可能會改變。一旦改變，你可以通過聯繫我們的辦公室以取得修訂的副本。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.

您有權提出要求或限制我們如何使用或透露您受保護的醫療信息、付款或醫療保健業務。但我們不必同意此要求或限制。一旦我們這樣做，我們將履行該協議。

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).

通過簽署本頁，您將同意我們使用和透露您受保護的醫療信息、付款和醫療保健業務。你有權撤回此書面同意，然而，這種撤回將不會影響任何您先前訂下的書面同意。醫療者可能提供此同意書至“健康保險轉移與責任法”(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;  
受保護的健康信息可能會被透露，或用於治療、付款或醫療保健業務；
- The Practice has a Notice of Privacy and that the patient has the opportunity to review this Notice;  
醫療者擁有此“隱私通知”，而病人有權審查此通知；
- The Practice reserves the right to change the Notice of Privacy Practices;  
醫療者保留修改此“隱私通知”的權利；
- The patient has the right to restrict the uses of their information but the Practice does not have to agree to those restrictions;  
病人有權提出要求或限制我們如何使用其信息，但醫療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 簽名

\_\_\_\_\_  
Relationship to Patient 與病人關係

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

Witness 見證人:

\_\_\_\_\_  
Print Name –Practice Representative

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