新病人 – 新冠疫苗接种登记筛查问卷及疫苗接种同意书

第一剂 / 第二剂 / 第三剂 (追加剂 / 加强剂)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 接受疫苗接种者姓名:  (请正阶书写) | | | | | | | 其他使用名字: | | | | | | | | |
| 出生日期: | | 性別: | | | | | 婚姻状况 (请圈出): | | | | | | | | |
| S - 单身 | | M - 已婚 | | | | D - 离婚 | | W - 丧偶 |
| SE - 合法分居 | | P - 生活伴侣 | | | | V - 合法同居 | | U - 未知 |
| 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 (请圈出) |  | | | 种族 (请圈出) | | | | | | | | | | | |
| HIS - 西班牙裔 | NHL - 非西班牙裔 | | | AIA – 美洲原住民或阿拉斯加 | | | | | | ASN – 亞洲 | | | | OTH – 其他或多种族 | |
| DECL - 拒絕提供 | UNK - 未知 | | | BAA – 非裔美国人 | | | | | | WHT – 白人 | | | | DECL – 拒絕提供 | |
|  |  | | | NHP – 夏威夷原住民或太平洋島民 | | | | | |  | | | |  | |
| 提供疫苗之诊所/办公室地点 | | | | | | | 家庭医生名字/地址/电话 | | | | | | | | |
| **医疗保险** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **主要保险公司名字:** | | | | | 保险卡号码: | | | | | | | 受保人名字: | | | |
| 红蓝卡号码: | | | | | 白卡号码: | | | | | | | 受保人出生日期: | | | |
| 病人与受保人关系:  Self自己  Spouse配偶  Child子女  Other其他 | | | | | | | | | | | | 受保人性別: | | | |
| **第二保险公司名字:** | | | | | 保险卡号码: | | | | | | | 受保人名字: | | | |
| 红蓝卡号码: | | | | | 白卡号码: | | | | | | | 受保人出生日期: | | | |
| 病人与受保人关系:  Self自己  Spouse配偶  Child子女  Other其他 | | | | | | | | | | | | 受保人性別: | | | |
| **社会生活史** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 抽烟:  否  有  已戒烟 | | | | | 喝酒:  否  有 | | | | | | | 滥用药物:  否  有  说明: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **其他** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 药房 | | | | | 药房电话号码 | | | | | | | 之前/转诊的家庭医生 | | | |
| **同意书** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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  本人/监护人/代表正楷签名 日期 | | | | | | | | | | | | | | | |

**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？ | | | 是 | | 否 | |
| 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？ | | | 是 | 否 | | 未知 |
| 3. | 在过去90天（3个月），您是否曾接受过抗体疗法或COVID-19的恢复期血浆治疗？  如果是，您什么时候收到最后一剂？日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | 是 | 否 | | 未知 |
| 4. | 您是否曾对任何疫苗，注射剂或COVID-19疫苗的任何成分产生严重或危及生命的过敏反应  (例如荨麻疹、面部肿胀、呼吸困难、过敏性休克)，或有任何严重的过敏症 / 过敏史? | | | 是 | 否 | | 未知 |
| 5. | 您是否患有出血性疾病或正在服用抗凝血药？ | | | 是 | 否 | | 未知 |
| 6. | 您是否有心肌炎（心肌发炎）或心包炎（心脏周围的纤维囊发炎）的病史？ | | | 是 | 否 | | 未知 |
| 7. | 您之前是否接种过 WHO 授权但未获得 FDA 授权的 COVID-19 疫苗？  （如：AstraZenec – VAXZEVRIA 阿斯利康、Sinovac – CORONAVAC 中国科舆、Serum Institute of India 印度血清研究所 - COVISHIELD、Sinopharm 中国国药） | | | 是 | 否 | | 未知 |
| 8. | 您是否曾经接种过COVID-19疫苗？  是  否  如果是，请问哪种疫苗？ | Moderna  莫德納 | Pfizer  辉瑞 | | | Janssen  強生 | |
| **如果您是来接种追加剂或加强剂（第三剂），请回答问题9，10，11：** | | | | | | | |
| 9 | 您之前是否己完全接种COVID-19疫苗 ?  Moderna 莫德纳 / Pfizer 辉瑞: (共两剂); Janssen 强生: (单剂) | | | 是 | | 否 | |
| 10. | 我已经查阅莫德納疫苗和辉瑞疫苗追加剂/加强剂特定族群的所有资格标准，并根据所列标准确认我符合资格。 | | | 是 | | 否 | |
| 11a. | 追加剂：距完全接种COVID-19 疫苗系列的最后一剂疫苗至少间隔 28 天? | | | 是 | | 否 | |
| 11b. | 加强剂：距完全接种COVID-19 疫苗系列的最后一剂疫苗至少间隔 6 个月? | | | 是 | | 否 | |

**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是需要在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。 请注意：FDA批准Pfizer-BioNTech COVID-19辉瑞疫苗为16岁及以上人群的两剂系列疫苗。 根据紧急使用授权（EUA）辉瑞疫苗可继续提供给特定人群，包括12至15岁的人群以及符合以下同意书中规定的特定人群。

**同意书** 我已阅读或已向我解释过有关 COVID-19 疫苗接种的信息。 我明白， 如果我接受疫苗是两剂系列疫苗需要两剂，我会需要接种两剂才能被视为完全接种疫苗。 此外，我了解 如果我符合下列特定族群的条件，将可能被建议于接种第二剂 Pfizer-BioNTech COVID-19 辉瑞疫苗至少6 个月后接种第三剂疫苗（"加强剂 "）以增加对我的保护。 特定人群为65 岁或以上的长者、长期护理机构的居民、50-64 岁有基础疾病人士、18-49 岁患有严重疾病的高风险者，18-64 岁，并经常暴露于病毒环境中的高风险人群。

我有机会提出问题，这些问题的回答令我满意（并确保我有权代表的上述人员提供代理同意也有机会提问）。 我了解所描述的疫苗接种的益处和风险。

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）

**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種疫苗** | | | | | |
| 疫苗名称 |  | | | EUA情况说明书日期 | 批号 |
| 辉瑞 | 第一剂 | 第二剂 | 第三剂 |  |  |
| 莫德纳 | 第一剂 | 第二剂 | 第三剂 |  |  |
| 阿斯利康/牛津 | 单剂 | | |  |  |

注射部位：  左手臂  右手臂

剂量：  0.25毫升  0.3毫升  0.5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”告訴您關于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)。

The patient understands that:

病人需了解：

* 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