

CHRISTIANS PHARMACY
1032 MAIN STREET, FOREST PARK GA
THÔNG TIN VỀ VẮC XIN COVID-19 VÀ GIẤY CHẤP THUẬN

Tên: _____ <div style="text-align: center; font-size: small;"> Tên Tên lót Họ </div>				
Địa chỉ: _____ <div style="text-align: center; font-size: small;"> Số nhà- Đường Thành phố Tiểu bang Mã vùng </div>				
Điện thoại: (____) _____ -- _____ <div style="text-align: center; font-size: small;">Số an sinh xã hội</div>				
Sinh Nhật (tháng-ngày-năm) ____--____--____	Tuổi: _____	Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Ngôn ngữ chính: <input type="checkbox"/> Tiếng Anh <input type="checkbox"/> Ngôn ngữ khác	Sắc tộc: (chọn 1 cái) <input type="checkbox"/> Not Hispanic <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Không xác định
Chủng tộc: (chọn 1) <input type="checkbox"/> Asian/Polynesian <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Native Am/Alaskan <input type="checkbox"/> Unknown				

Xin trả lời những câu hỏi sức khỏe bên dưới:	Có	Không	Không biết
1. Bạn có đang bị bệnh hoặc đang trong thời gian cách ly cho COVID-19?			
2. Bạn đã từng bị dương tính cho COVID-19 trong vòng 90 ngày qua hoặc đã được nhận truyền huyết tương để chữa bệnh?			
3. Bạn có dị ứng với bất cứ thứ gì, ví dụ đồ ăn, vắc xin, thành phần của vắc xin, mũ cao su, hoặc polyethylene glycol?			
4. Bạn có thuốc chích (EpiPen) cho trường hợp dị ứng nghiêm trọng không?			
5. Bạn có bao giờ có phản ứng phụ nghiêm trọng sau khi được tiêm chủng vắc xin hoặc truyền thuốc qua tĩnh mạch?			
6. Trong vòng 2 tuần vừa qua, bạn có chích bất kỳ loại vắc xin nào không?			
7. Bạn có đang uống thuốc loãng máu không hoặc bạn có bất cứ bệnh gì về rối loạn máu không?			
8. Bạn, hoặc bất cứ ai ở chung với bạn, hoặc người bạn phải chăm sóc, có hệ miễn dịch yếu không?			
9. Bạn, hoặc bất cứ ai ở chung với bạn, hoặc người bạn phải chăm sóc, đang uống thuốc steroid, thuốc trị ung thư, hoặc điều trị X-ray?			
10. Bạn có đang có thai hoặc có thể có thai trong vòng 4 tuần tới không?			
11. Bạn có đang cho con bú không?			

Tôi đã nhận được bản sao chép và đã đọc về ủy quyền khẩn cấp (the Emergency Use Authorization - EUA) và đã đọc thông tin về vắc xin COVID-19. Tôi đã có cơ hội để đặt câu hỏi và nhận được câu trả lời thỏa đáng. Tôi tin rằng tôi hiểu những lợi ích và rủi ro của vắc xin và vẫn muốn được nhận vắc xin này cho bản thân tôi hoặc người mà tôi đã được ủy quyền quyết định.

**Chữ ký của tôi bên dưới đồng nghĩa với việc tôi đã được khuyến và chấp nhận ở lại 15 phút sau khi được tiêm vắc xin.
 Những ai đã từng có phản ứng nghiêm trọng với vắc xin trước đó nên ngồi lại 30 phút.**

 Ngày

 Họ và tên

X _____
 Chữ ký của ba mẹ/người giám hộ

OFFICE USE ONLY			Record of Immunization				OFFICE USE ONLY	
Manufacturer	Lot #	Expiration	Dosage	Route	Site	EUA/VIS	Provider Signature/Date	