



## Të dhënat e klinikës

ID e klinikës	Emri i klinikës	Telefoni	Numri i dyqanit
Adresa	Qyteti	Shteti	Kodi postar

## Të dhënat e pacientit

Mbiemri	Emri	Datëlindja	Gjinia
Adresa	Qyteti	Shteti	Kodi postar
Emri i ofruesit të kujdesit shëndetësor parësor (PCP)	Numri i telefonit i PCP	Numri i faksit i PCP	
Adresa e PCP	Qyteti	Shteti	Kodi postar

**A jeni rezident**  **o** **i një qendre kujdesi afatgjatë apo punonjës/pjesëtar personeli**  **?**

**A është kjo doza e parë**  **apo e dytë**  **e vaksinës kundër COVID-19 për pacientin?**

**Informacion mbi sigurimet:** (Për klinikat brenda vendit, sigurohuni që të jetë marrë një kopje e kartave të sigurimit të pacientit)

### \* TREGON FUSHAT E DETYRUESHME

**Sigurimi i barnave me recetë:**  Po  Jo

\*A jeni mbajtësi kryesor i kartës?

\*Nëse jo, përfshini datën e lindjes së mbajtësit kryesor të kartës

\*Emri i planit të përfitimit të barnave me recetë      \*ID e mbajtësit të kartës #      \*ID e grupit RX      \*BIN      \*PCN

### Fushat e Medicare:

Po  Jo

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\*A është pacienti 65 vjeç e lart apo kualifikohet për Medicare?

\*Numri ID i Medicare pjesa A/B (MBI) **Shënim:** MBI kërkohet për të gjithë pacientët e moshës 65 vjeç e lart ose që kualifikohen për Medicare. Referojuni kartës suaj të kuqe, të bardhë dhe blu të Medicare

### Sigurimi mjekësor:

Po  Jo

\*Ofruesi i sigurimit mjekësor

\*ID e mbajtësit të kartës #

\*ID e grupit

\*ID e paguesit

\*A është pacienti mbajtësi kryesor i kartës?

\*Nëse jo, përfshini datën e lindjes së mbajtësit kryesor kartës

**\*Nëse nuk jeni i siguruar, duhet të shënoni kutinë më poshtë për të konfirmuar që informacioni i mëposhtëm është i vërtetë dhe i saktë:**

Unë nuk kam asnjë sigurim, duke përfshirë por pa u kufizuar në Medicare, Medicaid ose plane të tjera përfitimi shëndetësor private ose të financuara nga qeveria.

Në mënyrë që tarifa e administrimit të vaksinës suaj të paguhet nga Programi COVID-19 i Administratës së SHBA-së të Burimeve dhe Shërbimeve Shëndetësore për Pacientët e Pasiguruar, ju lutemi të jepni (a) një numër të vlefshëm të Sigurimeve Shoqërore, (b) numrin e identifikimit të shtetit dhe shtetin e lëshimit, OSE (c) numrin e lejes së drejtimit dhe shtetin e lëshimit.

\*Numri i sigurimeve shoqërore      ose numri i identifikimit të shtetit dhe shteti      ose numri i lejes së drejtimit dhe shteti

## Kundërrindikimet e mundshme

	PO	JO	NUK E DI
1. A ndiheni i sëmurë sot?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. A keni marrë ndonjë dozë të vaksinës kundër COVID-19? <b>Nëse po</b> , cilin produkt vaccine? <input type="radio"/> Pfizer <input type="radio"/> Moderna <input type="radio"/> Produkt tjetër: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. A keni pasur ndonjëherë reaksion të rëndë alergjik (p.sh. anafilaksi) në të kaluarën? <i>Shëmbull: reaksion për të cilin jeni trajtuar me epinefrinë ose EpiPen®, ose për të cilin ju është dashur të shkoni në spital?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A ju ndodhi reaksioni i rëndë alergjik pas marrjes së vaksinës kundër COVID-19?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A ju ndodhi reaksioni i rëndë alergjik pas marrjes së një vaccine tjetër apo bari me injeksion?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A kishte lidhje reaksioni i rëndë alergjik me marrjen e glikolit të polietilenit apo të produkteve që përmbajnë glikol polietileni?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A kishte lidhje reaksioni i rëndë alergjik me marrjen e polisorbait apo të produkteve që përmbajnë polisorbait?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Mbiemri Emri Datëlindja

**Kundërrindikimet e mundshme** vijon PO JO NUK E DI

- 4. A keni marrë ndonjë vaksinë gjatë 14 ditëve të fundit?
- 5. A keni marrë antitropa monoklonalë apo plazmë konvaleshente si pjesë e një trajtimi kundër COVID-19 gjatë 90 ditëve të fundit?

**Faktorë të mundshëm** PO JO NUK E DI

- 6. A keni ndonjë problem hemorragjik apo a merrni hollues gjaku?
- 7. Për gratë, a jeni aktualisht shtatzënë apo duke dhënë gji?

**PËLQIMI PËR SHËRBIMET:** Më kanë dhënë fletët informuese për vaksinën apo fletën e të dhënave të pacientit që përkon me vaksinat që po marr. E kam lexuar informacionin e dhënë në lidhje me vaksinën që do të marr. Kam pasur rastin të bëj pyetje që kanë marrë përgjigje të kënaqshme. I kuptoj përfitimet dhe rreziqet e vaksinimit dhe marr vullnetarisht përgjegjësinë e plotë për çdo reaksion që mund të rezultojë. E kuptoj se duhet të qëndroj në zonën e administrimit të vaksinës për 15 minuta pas vaksinimit për t'u monitoruar për ndonjë reaksion të mundshëm negativ. E kuptoj se nëse kam efekte anësore duhet të bëj sa vijon: t'i telefonoj farmacistë, të kontaktoj me mjekun, t'i telefonoj 911. Unë kërkoj që vaksina të më jepet mua ose personit të përmendur më lart për të cilin jam autorizuar ta bëj këtë kërkesë. Vetëm për shtetin e Xhorxhës: Konfirmoj se një farmacist më pyeti për historikun tim shëndetësor dhe nëse kam kryer ekzaminim fizik brenda vitit të kaluar. Ofruesit e kujdesit shëndetësor nuk identifikuan rrethana që do të më përjashtonin nga marrja e vaksinës.

Medicaid, ose Programin HRSA COVID-19 për Pacientët e Pasiguruar, është i saktë. E autorizoj qarkullimin e të gjitha të dhënave për të vepruar sipas kësaj kërkesë. Kërkoj që pagesa e përfitimeve të autorizuar të kryhet në emrin tim.

**ZBULIMI I TË DHËNAVE:** E kuptoj se CVS® mund të jetë i detyruar ose mund ta zbulojë me vullnet të lirë informacionin tim shëndetësor mjekut përgjegjës për këtë protokoll të informacionit specifik shëndetësor të personave të vaksinuar në CVS (nëse vlen për rastin), mjekut tim të kujdesit shëndetësor parësor (nëse kam një të tillë), planit tim të sigurimit, sistemeve shëndetësore dhe spitaleve, dhe/ose regjistrave shtetërorë ose federalë, për qëllime trajtimi, pagese apo veprimesh të tjera të kujdesit shëndetësor (si p.sh. administrim apo sigurim cilësie). E kuptoj gjithashtu se CVS do ta përdorë dhe zbulojë informacionin tim shëndetësor siç përcaktohet në deklaratën për praktikën e privatësisë të CVS (kopja jepet në dyqan, në internet ose duke e kërkuar në letër nga farmacia). Vetëm në shtetin e Kalifornisë: Jam dakord që CAIR t'i ndajë të dhënat e imunizimit tim me ofruesit e kujdesit shëndetësor, agjencitë ose shkollat. Klinikat e vaksinimit: Nëse do të marr një vaksinë përmes një klinike vaksinimi, e kuptoj se emri im, data dhe ora e vizitës për vaksinimin do t'i jepen koordinatorit të klinikës.

**AUTORIZIMI PËR KËRKIM PAGESË:** Nëpërmjet këtij dokumenti e autorizoj CVS Pharmacy® ("CVS®") të qarkullojë informacionin dhe të kërkojë pagesë. Konfirmoj se informacioni i dhënë prej meje gjatë aplikimit për pagesë nën Medicare ose

**X**

**Nënshkrimi i pacientit që do të marrë vaksinën (ose i prindit, i kujdestarit apo i përfaqësuesit të autorizuar)** Data  
 Nëse nënshkruani për llogari të pacientit, po deklaroni se jeni i autorizuar të jepni pëlqimet e kërkuara në emër të pacientit.

Emri i prindit, i kujdestarit ose i përfaqësuesit të autorizuar Numri i telefonit Marrëdhënia

**Plotësohet nga vaksinuesi**

**Vaccine Administration Information for Immunizer/Pharmacist use only**

Administration Date	Vaccine	VIS Date	Manufacturer	Volume (mL)
			<input type="radio"/> L <input type="radio"/> R	
Lot #	Exp. Date	Route	Site	

**If patient's body temperature is 100.4 ° F or greater, inform them they should not receive the vaccine at this time.**

**Patient Temperature**

Administering Immunizer Name & Title Administering Immunizer Signature

**To be filled out by immunizer, as required for state immunization registry reporting. Only for states listed.**

**MS:** Check all fields for patients 18 years of age and younger

**OK:** Check Race and Ethnicity for all patients. Select Next of Kin for patients 18 years of age and younger.

**Race:**  1 - American Indian or Alaska Native  2 - Asian  3 - Native Hawaiian/Other Pacific Islander  
 4 - Black or African American  5 - White  6 - Other Race

**Ethnicity:**  1 - Hispanic  2 - Not Hispanic or Latino  3 - Unknown

**Next of Kin (18 or younger)**

Name Phone Number Relationship

Address

**State of NJ only**

Prescriber Name Prescriber Address

**For CA, MA, MT, NJ, NM, NY, TX** (For CA, this indicator means the registry will not share with Universities, Schools or other agencies) **Registry Sharing Indicator:**  Yes  No