

تاريخ الميلاد

الاسم الأول

اسم العائلة

لا نعم لا أعلم

موانع الاستعمال المحتملة يُتبع

٤. هل تلقيت أي لقاح خلال الأربعة عشر يوماً الماضية؟

٥. هل تلقيت علاج باستخدام الأجسام المضادة وحيدة النسيلة أو بلازما النقاها كجزء من علاج فيروس كورونا المستجد خلال التسعين يوماً الماضيين؟

لا أعلم نعم لا أعلم

الاعتبارات المحتملة

٦. هل تعاني من اضطرابات نزفية أو هل تتناول أدوية مميعة للدم؟

٧. بالنسبة للنساء، هل أنت حاليًا حامل أو مرضعة؟

بالتأمين، صحيحة. وأمنح الإذن بالكشف عن جميع السجلات للتصرف وفقاً لهذا الطلب، كما أطلب بسداد المزايا المصرح بها نيابة عني.

الكشف عن السجلات: أدرك أنه قد يُطلب من CVS* أو قد تقوم طوعاً بالكشف عن المعلومات الصحية الخاصة بي إلى الطبيب المسؤول عن هذا البروتوكول الخاص بالمعلومات الصحية المحددة للأشخاص الذين تم إعطائهم اللقاح في CVS (عند الاقتضاء)، ومقدم الرعاية الأولية الخاص بي (إذا كان لدي)، وخطة التأمين الخاصة بي، والأنظمة الصحية والمستشفيات، و/أو مكاتب التسجيل في الولاية أو الفيدرالية، وذلك لأغراض العلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية الأخرى (مثل الإدارة أو ضمان الجودة). كما أدرك أن CVS تستخدم معلوماتي الصحية وتكشف عنها كما هو منصوص عليه في إشعار CVS لممارسات الخصوصية (تتوفر نسخة في المتجر أو عبر الإنترنت أو عن طريق طلب نسخة ورقية من الصيدلية)، ولاية كاليفورنيا فقط: أوافق على أن يشارك سجل الحصول على اللقاح في كاليفورنيا البيانات الخاصة بي مع مقدمي الرعاية الصحية أو الوكالات أو المدارس. العيادات التي توفر اللقاح: إذا تلقيت اللقاح من خلال العيادة التي توفره، أدرك أن اسمي وتاريخ ووقت الحصول على اللقاح سيتم توفيره منسّق للعيادة.

الموافقة المتعلقة بالخدمات: لقد تم تزويدي بورقة (أوراق) معلومات حول اللقاح أو صحيفة وقائع المريض المتعلقة باللقاحات التي أتلقاها. لقد قرأت المعلومات الواردة بشأن اللقاح الذي سأتلقاه، وقد أتيحت لي الفرصة لطرح الأسئلة التي تم الإجابة عليها بشكل واضح. كما أنني أدرك فوائد تلقي اللقاح ومخاطره وأنعمل طوعاً بالمسؤولية الكاملة عن أي ردود فعل قد تحدث نتيجة تلقي هذا اللقاح. أدرك أنني يجب أن أبقى في المنطقة التي يتم فيها تلقي اللقاح لمدة ١٥ دقيقة بعد تلقيه لكي يتم مراقبة حالتي لرصد أي ردود فعل سلبية محتملة. كما أدرك أنني إذا عانيت من آثار جانبية، يجب على القيام بما يلي: الاتصال بالصيدلية، والاتصال بالطبيب، والاتصال بالطوارئ على الرقم التالي: ٩١١. أطلب إعطاء اللقاح لي أو للشخص المذكور أعلاه الذي صرح لي بتقديم هذا الطلب نيابة عنه. ولاية جورجيا فقط: أؤكد أن الصيدلي سألني عن تاريخي المرضي، إذا كنت أجريت فحصاً بدنياً خلال العام الماضي أم لا. لم يحدد مقدمو الرعاية الصحية الحالات التي قد لا يجب موجهها أن أتلقى اللقاح (اللقاحات).

إذن يطلب الدفع: أمتح CVS Pharmacy* (CVS Pharmacy) الإذن بموجب هذا بالكشف عن المعلومات وطلب الدفع. أتعهد بأن المعلومات التي قدمتها لطلب الدفع بموجب برنامج Medicare أو Names.dic، أو برنامج فيروس كورونا المستجد التابع لإدارة الموارد والخدمات الصحية للمرضى غير المشمولين

X

التاريخ

توقيع المريض لتلقي اللقاح (أو ولي الأمر، أو الوصي، أو الممثل المخول)

إذا وقعت نيابة عن المريض، فإنك بذلك تقر أنك مخول لتقديم الموافقات المطلوبة نيابة عن المريض.

الصلة

رقم الهاتف

اسم ولي الأمر، أو الوصي، أو الممثل المخول

يتم استيفاء هذا الجزء من جانب الشخص المسؤول عن إعطاء اللقاح

Vaccine Administration Information for Immunizer/Pharmacist use only

Administration Date	Vaccine	VIS Date	Manufacturer	Volume (mL)
Lot #	Exp. Date	Route	Site	

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