

COVID 백신 접종 동의서 양식

버전 3 작성대상 양식 1/2



진료소 정보

진료소 ID	진료소 이름	전화	매장 전화
주소	시	주	우편번호
환자 정보			
성	이름	생년월일	성별
주소	시	주	우편번호
주치의(PCP) 성명	PCP 전화번호	PCP 팩스번호	
PCP 주소	시	주	우편번호

귀하는 장기요양시설의 거주자 ○이거나 직원이십니까 ○?

이번 COVID-19 백신 접종이 환자의 1차 ○ 또는 2차 ○접종분입니까?

보험 정보: (현장 진료소의 경우, 환자의 보험 카드 사본을 받아 두시기 바랍니다.)

* 필수 항목 표시

조제약 보험: 예 아니오
 *보험 가입자이십니까?

*아니신 경우, 보험 가입자의 생년월일을 적어 주십시오.

*조제약 보험 이름 *보험 카드 소지자 ID # *RX Group (조제약 그룹) ID *BIN *PCN

Medicare 항목:

예 아니오

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

*환자께서 65세 이상이거나 Medicare 수혜자격이 되십니까?

*Medicare 파트 A/B ID 번호(MBI) 주: MBI는 65세 이상의 환자 전원에게 필요하거나 Medicare 수혜자격이 되십니까? 가지신 Medicare 적색, 백색, 그리고 청색 카드를 참고하십시오.

의료보험:

*의료보험 제공자 *보험 카드 소지자 ID # *그룹 ID *지불인 ID

예 아니오

*환자 본인이 보험 가입자이십니까?

*아니신 경우, 보험 가입자의 생년월일도 적어 주십시오.

***비보험자의 경우, 귀하는 반드시 아래의 박스에 체크 표시를 하여 다음 정보가 사실이며 정확함을 증명해야 합니다:**

본인이 비보험자인 경우, Medicare, Medicaid 또는 기타 일체의 민간이나 정부지원 건강보험을 포함하나 이에만 국한되지 않습니다.

귀하의 접종비용을 비보험 환자를 위한 United States Health Resources & Services Administration(미연방 보건자원서비스국: HRSA)의 COVID-19 프로그램에서 지불하도록 하기 위해서는 (a) 유효한 사회보장번호(SSN), (b) State Identification Number(주정부 발급 ID: SID) 및 발급한 주, 또는 (c) 운전면허증번호 및 발급한 주 중 하나를 제시하시기 바랍니다.

*사회보장번호(SSN) 또는 State Identification Number(주정부 발급 ID: SID) 및 발급한 주 또는 주정부 발급 운전면허증번호 및 발급한 주

잠재적 금기사항

예 아니 잘 모름

- | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. 오늘 몸이 좋지 않으십니까? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. COVID-19 백신 접종하신 적이 있으십니까?
접종을 받으셨다면, 어느 회사의 백신인가요? <input type="radio"/> Pfizer(화이자) <input type="radio"/> Moderna(모더나) <input type="radio"/> 기타 제품: _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. 과거에 심각한 알러지 반응(예: 아나필락시스 과민증)을 일으킨 적이 있으십니까? 예: 에피네프린이나 EpiPen® (에피펜)으로 치료받으면서 알러지 반응이 일어났거나 병원에 가야 했던 적이 있으십니까? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| COVID-19 백신 접종 후 심각한 알러지 반응이 일어나셨습니까? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 다른 백신이나 주사형 약물을 투여한 후 심각한 알러지 반응이 있으셨습니까? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Polyethylene Glycol(폴리에틸렌 글라이콜)이나 Polyethylene Glycol을 함유한 제품을 투여한 후 심각한 알러지 반응이 있으셨습니까? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Polysorbate(폴리소르베이트)나 Polysorbate 함유 제품에 관련하여 심각한 알러지 반응이 있으셨습니까? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

성 이름 생년월일

잠재적 금기사항 계속

4. 어느 종류이든 지난 14일간에 백신을 접종한 적이 있으십니까? 예 아니 잘 모름
5. 지난 90일간에 COVID-19 치료의 일환으로 단일 클론 항체나 완치자의 회복기 혈장치료를 받은 적이 있으십니까? 예 아니 잘 모름

잠재적 고려사항

6. 출혈성 장애가 있으시거나 혈액 희석제를 복용하고 계십니까? 예 아니 잘 모름
7. 여성의 경우, 임신 또는 수유 중이십니까? 예 아니 잘 모름

CONSENT FOR SERVICES(서비스 동의): 본인은 Vaccine Information Sheet (백신정보지)나 Patient Fact Sheet(환자현황정보지)를 받았으며, 본인이 접종받는 백신과 일치합니다. 본인은 접종받을 백신에 관한 정보를 받아 읽어 보았습니다. 문의할 기회도 얻어 만족스러운 답변도 받았습니다. 본인은 백신의 장단점을 이해하고, 일어날 가능성이 있는 어떠한 반응에 대해서도 자의로 전적인 책임을 지겠습니다. 본인은 백신 접종 후 일체의 잠재적 부작용을 확인하기 위해 15분간은 백신 접종 장소에 머물러야 한다는 점을 이해하고 있습니다. 만일 부작용이 생길 경우, 다음과 같이 조치해야 함을 숙지하고 있습니다: 약국에 전화하기, 의사에게 연락하기, 911 호출하기. 본인은 본인이나 동일한 요청을 위임받아 위에 언급한 이들의 사람을 대상으로 백신 접종을 요청하는 바입니다. State of Georgia(조지아주)에 한함: 본인은 약사가 본인의 병력을 요구하고 지난해에 신체검사를 받았는지 여부를 묻은 사실을 확인합니다. 의료 관계자들은 본인이 백신을 접종받지 않아야 함을 뜻할 건강 이상상태를 확인하지 않았습니다.

대상 HRSA COVID-19 프로그램에 따라 지불해 줄 것을 신청하면서 제공한 정보가 정확하다는 점을 보증하는 바입니다. 본인은 이번 신청건에 영향을 미치는 모든 기록의 공개를 허가합니다. 본인은 본인을 위하여 허가된 혜택에 대한 비용 지불을 요청합니다.

기록의 공개: 본인은 CVS® 가 본인의 건강정보의 공개를 요구받거나 자의적으로 CVS (해당되는 경우)에서 접종받은 사람들의 특정 건강정보의 해당 프로토콜에 대한 책임이 있는 의사, 주치의(해당되는 경우), 보험 플랜, 병원이나 주 또는 연방 등록소에 치료, 지불 또는 기타 (행정업무나 품질보증과 같은) 건강관리 활동을 목적으로 공개할 수도 있음을 이해하는 바입니다. 본인은 CVS가 CVS Notice of Privacy Practices(개인정보 보호방침)에 규정된 바에 따라 본인의 건강정보를 사용하고 공개하는 것도 이해합니다. (사본은 약국내, 온라인 또는 요청에 따라 종이 사본도 요청 가능함). State of California(캘리포니아주)에 한함: 본인은 CAIR이 본인의 예방접종 자료를 의료 관계자, 기관이나 학교와 공유하는 데 동의합니다. 백신 진료소: 백신 진료소를 통해 백신을 접종받고 있는 경우, 본인은 성명, 백신접종 예약일자 및 시각을 진료소 코디네이터에게 제시할 것을 숙지하고 있습니다.

결재요청 승인: 본인은 이에 의하여 CVS Pharmacy® (“CVS®”) 약국이 정보를 공개하고 결제를 요청을 하도록 허가합니다. 본인은 Medicare 또는 Medicaid, 또는 비보험 환자

X

백신 접종을 받기 위한 환자의 서명(또는 부모, 보호자나 위임받은 대리인) 일자
 환자를 대신하여 서명할 경우에는 환자를 대신하는 소정의 동의서를 제시하도록 위임받았음을 명시하는 것이 됩니다.

환자, 보호자, 또는 위임받은 대리인의 성명 전화번호 관계

예방접종자가 기입할 사항

Vaccine Administration Information for Immunizer/Pharmacist use only

Administration Date	Vaccine	VIS Date	Manufacturer ○ L ○ R	Volume (mL)
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