



Informacje o klinice

Nr identyfikacyjny kliniki	Nazwa kliniki	Telefon	Numer magazyn.
Adres	Miasto	Stan	Kod pocztowy

Informacje o pacjencie

Nazwisko	Imię	Data urodzenia	Płeć
Adres	Miasto	Stan	Kod pocztowy
Podstawowy dostawca opieki zdrowotnej (PCP)	Numer telefonu PCP	Numer faksu PCP	
Adres PCP	Miasto	Stan	Kod pocztowy

Czy jesteś **pacjentem** wymagającym opieki długoterminowej lub domu opieki społecznej lub **pracownikiem/członkiem personelu** ?

Czy jest to **pierwsza** czy **druga** dawka szczepionki przeciwko COVID-19?

Informacje o ubezpieczeniu: (W przypadku kliniki na miejscu prosimy o kopię kart(y) ubezpieczeniowej(-ych))

*** OZNACZA POLA WYMAGANE**

Ubezpieczenie na recepty: Tak Nie

*Czy jesteś głównym ubezpieczonym na karcie?

*Jeśli nie, należy dołączyć datę urodzenia głównego posiadacza karty

*Nazwa planu ubezpieczenia na recepty	*Nr ID posiadacza karty	*ID grupy RX	*BIN	*PCN
---------------------------------------	-------------------------	--------------	------	------

Pola do wypełnienia przez Medicare:

Tak Nie

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

*Czy pacjent ma przynajmniej 65 lat uprawnionych do Medicare?

*Medicare Część A/B Numer ID (MBI) **Uwaga:** MBI jest wymagane w przypadku pacjentów w wieku 65 lat i starszych lub uprawnionych do Medicare. Sprawdź swoją kartę Medicare Red, White lub Blue (czerwoną, białą lub niebieską)

Ubezpieczenie medyczne:

*Dostawca ubezpieczenia zdrowotnego

*Nr ID posiadacza karty

*ID grupy

*ID płatnika

Tak Nie

*Czy pacjent jest głównym ubezpieczonym na karcie?

*Jeśli nie, należy dołączyć datę urodzenia głównego ubezpieczonego

***Jeśli pacjent nie jest ubezpieczony, należy zaznaczyć poniższe pole, aby poświadczyć, że następujące informacje są prawdziwe i dokładne:**

Nie posiadam ubezpieczenia, w tym ubezpieczenia Medicare, Medicaid lub innego prywatnego lub państwowego planu ubezpieczenia zdrowotnego.

Aby opłata administracyjna za szczepionkę została pokryta przez Program walki z COVID-19 dla Pacjentów Nieubezpieczonych amerykańskiej agencji United States Health Resources & Services Administration, należy przedstawić: (a) ważny numer ubezpieczenia społecznego, (b) numer identyfikacyjny stanu oraz stan wydający LUB (c) numer prawa jazdy oraz stan wydający.

*Numer ubezpieczenia społecznego

lub stanowy numer identyfikacyjny i stan wydający

lub numer prawa jazdy i stan wydający

Potencjalne przeciwwskazania

	TAK	NIE	NIE WIEM
--	-----	-----	----------

- | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. czy czujesz się dziś chory(-a)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Czy kiedykolwiek otrzymałeś(-aś) dawkę szczepionki przeciw COVID-19?
Jeśli tak , jakiej firmy? <input type="radio"/> Pfizer <input type="radio"/> Moderna <input type="radio"/> Inny produkt: _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Czy kiedykolwiek w przeszłości występowała u Ciebie silna reakcja alergiczna (np. wstrząs anafilaktyczny)?
<i>Przykład: reakcja, która wymagała podania adrenalin lub EpiPen®, lub która wymagała wizyty w szpitalu?</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Czy silna reakcja alergiczna wystąpiła po podaniu szczepionki przeciw COVID-19? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Czy silna reakcja alergiczna wystąpiła po podaniu innej szczepionki lub innego leku poprzez wstrzyknięcie? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Czy silna reakcja alergiczna była związana z otrzymaniem glikolu polietylenowego lub produktów zawierających glikol polietylenowy? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Czy silna reakcja alergiczna była związana z otrzymaniem polisorbatu lub produktów zawierających polisorbat? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Nazwisko _____ Imię _____ Data urodzenia _____

Potencjalne przeciwwskazania ciąg dalszy

- | | TAK | NIE | NIE WIEM |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 4. Czy w ciągu ostatnich 14 dni otrzymałeś(-aś) jakąkolwiek szczepionkę? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Czy otrzymałeś(-aś) przeciwciała poliklonalne lub osocze ozdrowieńca w ramach leczenia COVID-19 w ciągu ostatnich 90 dni? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Potencjalne kwestie

- | | TAK | NIE | NIE WIEM |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 6. Czy masz problemy z krwawieniem lub przyjmujesz leki rozrzedzające krew? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. W przypadku kobiet: czy jesteś w ciąży lub karmisz piersią? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

ZGODA NA USŁUGI: Otrzymałem(-am) kartę informacyjną o szczepionce lub arkusz informacyjny dla pacjenta związany ze szczepionką, która ma mi zostać podana. Przeczytałem(-am) dostarczone informacje o szczepionce, która ma mi zostać podana. Miałem(-am) okazję zadać pytania, na które udzielono satysfakcjonujących odpowiedzi. Rozumiem korzyści i ryzyko związane ze szczepionką i dobrowolnie ponoszę pełną odpowiedzialność za wszelkie reakcje, które mogą wystąpić. Rozumiem, że mam pozostać w pobliżu miejsca szczepienia przez 15 minut po podaniu szczepionki w celu monitorowania wszelkich potencjalnych niekorzystnych reakcji. Rozumiem, że jeśli będę odczuwać skutki uboczne szczepionki, mam zrobić, co następuje: zadzwonić do apteki, skontaktować się z lekarzem, zadzwonić pod numer 911. Proszę o podanie szczepionki mi lub osobie wymienionej powyżej, dla której jestem upoważniony(-a) do wyrażenia tej prośby. Tylko stan Georgia: Sprawdziłem(-am), że aptekarz zapytał o moją historię zdrowotną i czy w ciągu ostatniego roku byłem(-am) badany(-a). Dostawcy opieki medycznej nie stwierdzili u mnie przeciwwskazań do otrzymania szczepionki.

UPOWAŻNIENIE DO ZAŻĄDANIA PŁATNOŚCI: Niniejszym upoważniam CVS Pharmacy® („CVS®”) do ujawnienia informacji i zażądania płatności. Potwierdzam, że informacje podane przeze mnie we wniosku o płatność w ramach Medicare lub Medicaid lub Programu HRSA COVID-19 dla pacjentów nieubezpieczonych

są poprawne. Upoważniam do ujawnienia wszelkich zapisów/danych w celu zrealizowania tego wniosku. Wnoszę o uregulowanie płatności w ramach tych świadczeń w moim imieniu.

UJAWNIEŃ DANYCH/DOKUMENTACJI: Rozumiem, że CVS® może musieć ujawnić lub dobrowolnie ujawnić moją dokumentację zdrowotną / informacje o moim zdrowiu lekarzowi odpowiedzialnemu za procedurę informacji zdrowotnych osób szczepionych w CSV (jeśli dotyczy), mojemu lekarzowi rodzinnemu (jeśli posiadam), ubezpieczycielowi, systemom opieki zdrowotnej i szpitalom oraz/lub stanowym lub federalnym rejestrom, w celu leczenia, płatności lub innych operacji w ramach opieki zdrowotnej (na przykład w celach administracyjnych lub kontroli jakości). Rozumiem również, że CSV wykorzysta i ujawni informacje o moim zdrowiu, jak opisano w Informacji o praktykach ochrony prywatności CVS (kopia jest dostępna na miejscu, online lub w wersji papierowej dostępnej w aptece na żądanie). Tylko stan Kalifornia: Wyrażam zgodę na udostępnienie przez CAIR informacji o moim szczepieniu dostawcom opieki zdrowotnej, agencjom i szkołom. Kliniki przeprowadzające szczepienia: Jeśli otrzymuję szczepionkę w klinice przeprowadzającej szczepienia, rozumiem, że moje imię i nazwisko, data i godzina szczepienia zostaną podane koordynatorowi kliniki.

X

Podpis pacjenta otrzymującego szczepionkę (lub rodzica, opiekuna lub upoważnionego przedstawiciela) _____ Data _____

Podpisując w imieniu pacjenta, oświadczasz, że jesteś upoważniony(-a) wyrażać wymagane zgody w imieniu pacjenta.

Imię i nazwisko rodzica, opiekuna lub upoważnionego przedstawiciela _____ Numer telefonu _____ Stopień pokrewieństwa _____

Do wypełnienia przez podającego szczepionkę**Vaccine Administration Information for Immunizer/Pharmacist use only**

Administration Date	Vaccine	VIS Date	Manufacturer	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