

# Fomu ya Idhini ya Upokeaji wa Chanjo ya COVID

Toleo la 3

Fomu ya kwanza (1) kati ya mbili (2) zinazopaswa kujazwa



## Maelezo ya Kliniki

Kitambulisho cha Kliniki	Jina la Kliniki	Nambari	ya Simu	ya Duka
Anwani	Jiji	Jimbo	Msimbo wa Eneo	

## Maelezo ya Mgonjwa

Jina la Mwisho	Jina la Kwanza	Tarehe ya Kuzaliwa	Jinsia
Anwani	Jiji	Jimbo	Msimbo wa Eneo
Jina la Daktari wa Matibabu ya Msingi (PCP)	Nambari ya Simu ya PCP	Nambari ya Faksi ya PCP	
Anwani ya PCP	Jiji	Jimbo	Msimbo wa Eneo

Je, wewe ni mkazi  unayeishi katika eneo ambapo hospitali ya Matibabu ya Kudumu inapatikana au mfanyakazi/mwajiriwa  ?

Je, hii ni chanjo ya kwanza  au ya pili  ya COVID-19 kwamgonjwa?

**Maelezo ya Bima:** (Kwa kliniki zinazopatikana katika eneo la huduma, tafadhali hakikisha kuwa nakala ya kadi za bima ya mgonjwa imekusanywa)

### \* INAONYESHA SEHEMU ZINAZOHITAJI KUJAZWA

Bima ya Dawa za Kuagizwa:  Ndiyo  Hapana

\*Je wewe ni mmiliki wa msingi wa kadi?

\*Ikiwa hapana, weka Tarehe ya Kuzaliwa ya mmiliki wa msingi wa kadi

\*Jina la Mpango wa Bima ya Dawa za Kuagizwa \*Kitambulisho cha Mmiliki wa Kadi # \*Kitambulisho cha Kikundi cha RX \*BIN \*PCN

### Sehemu za Bima ya Medicare:

Ndiyo  Hapana

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

\*Je, mgonjwa na umri wa miaka 65 au zaidi au Wanaotimiza Masharti ya Bima ya Medicare?

\*Dokezo la Kitambulisho cha Sehemu ya A/B ya Bima ya Medicare (MBI) : Je, MBI inahitajika kwa wagonjwa wote walio na umri wa miaka 65 na umri wa juu au kutimiza masharti ya bima Medicare. Rejelea kadi yako ya rangi Nyekundu, Nyeupe na Bluu ya bima ya Medicare

### Bima ya Matibabu:

\*Mtoa Huduma wa Bima ya Matibabu \*Kitambulisho cha Mmiliki wa Kadi # \*Kitambulisho cha Kikundi \*Kitambulisha cha Mlipaji

Ndiyo  Hapana

\*Je, mgonjwa ni mmiliki wa msingi wa kadi?

\*Ikiwa hapana, weka Tarehe ya Kuzaliwa ya mmiliki wa msingi wa kadi

\*Ikiwa huna bima, ni lazima utie alama kwenye kisanduku kilicho hapa chini ili uthibitisha kuwa maelezo yafuatayo ni ya kweli na sahihi:

Sina bima yoyote, ikiwa ni pamoja na, wala si tu bima ya Medicare, Medicaid au mpango wowote wa bima ya afya ya binafsi au inayofadhiliwa na serikali.

Ili ulipiwe ada yako ya kupokea chanjo na Mpango wa Usimamizi wa COVID-19 wa Huduma na Nyenzo za Afya wa Marekani (United States Health Resources & Services Administration's COVID-19 Program) kwa Wagonjwa Wasio na Bima, tafadhali toa (a) nambari sahihi ya Ustawi wa Jamii, (b) kitambulisho cha jimbo na jimbo, AU (c) nambari ya leseni ya udereva na jimbo.

\*Nambari ya Ustawi wa Jamii au Nambari ya Kitambulisho cha Jimbo na Jimbo au Nambari ya Leseni ya Udereva na Jimbo

### Sababu Zinazoweza Kusababisha Kusimamishwa kwa Matibabu

	NDI-YO	HA-PANA	SI JUI
1. Je, unajihisi mgonjwa leo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Je, umewahi kupokea chanjo ya COVID-19? Ikiwa ndiyo, ni bidhaa gani ya chanjo? <input type="radio"/> Pfizer <input type="radio"/> Moderna <input type="radio"/> Bidhaa nyingine: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Je, umewahi kupata athari kali za mizio (k.m., anaphylaxis) awali? Kwa mfano: athari za kutibiwa na epinephrine au EpiPen® au ambazo ilipaswa utafute matibabu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je, ulipata athari kali za mizio baada ya kupokea chanjo ya COVID-19?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je, ulipata athari kali za mizio baada ya kupokea chanjo nyingine au dawa ya kudungwa mwilini?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je, athari kali za mizio zilikusiana na kupokea Polyethylene Glycol au bidhaa zilizo na Polyethylene Glycol?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je, athari kali za mizio zilikusiana na kupokea Polysorbate au zilizo na Polysorbate?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Jina la Mwisho

Jina la Kwanza

Tarehe ya Kuzaliwa

**Sababu Zinazoweza Kusababisha Kusimamishwa kwa Matibabu imeendelezwa**

	NDI-YO	HA-PANA	SI JUI
4. Je, umepokea chanjo zozote katika siku 14 zilizopita?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Je, umepokea plazma ya kingamwili za cloni moja au plazma ya kupata ahueni kama sehemu ya matibabu ya COVID-19 katika siku 90 zilizopita?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Mambo Yanayoweza Kuzingatiwa**

	NDI-YO	HA-PANA	SIJUI
6. Je, una matatizo ya kutoa damu kwa muda mrefu au unatumia dawa za kuzuia kuganda kwa damu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Kwa wanawake, je, wewe ni mjamzito au unanyonyesha kwa sasa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**IDHINI YA KUPOKEA HUDUMA:** Nimepewa Hati za Maelezo Kuhusu Chanjo au hati ya maelezo ya kweli kwa mgonjwa kuhusiana na chanjo ninazopokea. Nimesoma maelezo niliyopewa kuhusu chanjo ninayopokea. Nimepata fursa ya kuuliza maswali ambayo yamejibiwa kwa kiwango cha kuniridhisha. Ninaelewa manufaa na hatari za kupokea chanjo na ninawajibika kwa athari zozote zinazoweza kutokea kwa hiari yangu. Ninaelewa kuwa ninapaswa kubaki kwenye eneo la kupokea chanjo kwa dakika 15 baada ya kupokea chanjo ili nichunguzwe iwapo ninaweza kupata athari zozote mbaya za chanjo. Ninaelewa kwamba ikiwa nitapata madhara ya chanjo, ninapaswa kufanya yafuatayo: kupiga simu kwenye duka la dawa, kuwasiliana na daktari, kupiga simu kwa nambari 911. Ninaomba kupokea chanjo au kutolewa kwa chanjo kwa mtu aliyetajwa hapo juu ambaye nimeidhinishwa kutuma ombi hili kwa niaba yake. **Jimbo la Georgia pekee:** Ninathibitishwa kwamba muuzaji wa dawa aliniuliza kuhusu historia ya afya yangu na iwapo nimefanyiwa uchunguzi wa mwili katika mwaka mmoja ulipoita. Watoa huduma za afya hawakutambua hali zozote ambazo zinaweza kunizuia kupokea chanjo).

maombi ya malipo chini ya bima ya Medicare au Medicaid au Mpango wa COVID-19 wa HRSA kwa Wagonjwa Wasio na Bima, ni sahihi. Ninaidhinisha kutolewa kwa rekodi zote za kushughulikia ombi hili. Ninaomba kuwa malipo ya manufaa yaliyoidhinishwa yafanywe kwa niaba yangu.

**UFICHUZI WA REKODI:** Ninaelewa kuwa CVS® inaweza kuhitajika kufichua au huenda ikafichua maelezo yangu ya afya kwa hiari yake kwa daktari anayehusika na utaratibu huu wa maelezo mahususi ya afya ya watu walipokea chanjo katika CVS (ikiwezekana), Daktari wangu wa Matibabu ya Msingi (ikiwa yupo), mpango wangu wa bima, hospitali na mifumo ya afya na/au sajili za jimbo au nchi, kwa madhumuni ya matibabu, malipo au shughuli nyingine za afya (kama vile usimamizi au uchunguzi wa ubora). Ninaelewa pia kwamba CVS itatumia na kufichua maelezo yangu ya afya jinsi inavyobainishwa kwenye Ilni ya Desturi za Faragha ya CVS (nakala inapatikana dukani, mtandaoni au kwa kuomba nakala ya karatasi kwenye duka la dawa). **Jimbo la California pekee:** Ninakubali CAIR ishiriki data yangu ya chanjo na Watoa Huduma wa Afya, mashirika na shule. **Kliniki za Chanjo:** Ikiwa ninapokea chanjo kupitia kliniki ya chanjo, ninaelewa kuwa jina langu, tarehe na saa za miadi ya kupokea chanjo vitatolewa kwa mratibu wa kliniki.

**IDHINI YA KUOMBA MALIPO:** Ninaidhinisha CVS Pharmacy® ("CVS®") kutoa maelezo la kuomba malipo. Ninathibitisha kuwa maelezo niliyotoa ya kutuma

**X**

**Saini ya mgonjwa anayepaswa kupokea chanjo (au mzazi, mlezi au mwakilishi aliyeidhinishwa)** Tarehe  
*Ikiwa unaweka saini kwa niaba ya mgonjwa, unamaanisha kuwa umeidhinishwa kutoa idhini zinazohitajika kwa niaba ya mgonjwa huyo.*

Jina la mzazi, mlezi au mwakilishi aliyeidhinishwa Nambari ya Simu Uhusiano

**Sehemu ya kujazwa na anayetoa chanjo**

**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