

新型冠狀病毒疫苗注射同意書

版本 3 表格第一頁 (共兩頁)

診所資訊



診所 ID 診所名稱 電話號碼 儲存編號

地址 城市 州 郵遞區號

患者資訊

姓氏 名字 出生日期 性別

地址 城市 州 郵遞區號

主要照護醫療提供者 (PCP) 名稱 PCP 電話號碼 PCP 傳真號碼

PCP 地址 城市 州 郵遞區號

您是長期護理機構的居住者 或員工/工作人員 ?

這是患者第一劑 或第二劑 COVID-19 疫苗注射?

保險資訊：(請確保於診所現場收集患者的保險卡副本)

*為必填欄位

處方保險： 是 否
*您是主要持卡人嗎？ *如果不是，請填寫主要持卡人出生日期

*處方給付計畫名稱 *主要持卡人 ID 號碼 *處方組 ID *BIN *PCN

Medicare 欄位：

是 否

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

*患者是否年滿 65 歲以上
或符合 Medicare 資格？

*Medicare A 部分/B 部分 ID 號碼 (MBI) 備註：所有年滿 65 歲以上或符合 Medicare 資格
的患者都需要填寫 MBI。請參閱 Medicare 紅卡、白卡及藍卡

Medical 保險：

是 否
*Medical 保險提供者 *主要持卡人 ID 號碼 *組 ID *付款人 ID

是 否

*患者是主要持卡人嗎？ *如果不是，請填寫主要持卡人出生日期

*如果未保險，則必須勾選下列選項以確認以下資訊為正確無誤：

我沒有任何保險，包括但不限於 Medicare、Medicaid 或任何其他私人或政府資助的健康給付計畫。

為便於美國衛生資源及服務管理局 (US Health Resource & Services Administration) 之 COVID-19 計畫給付未保險患者的疫苗注射費用，請提供 (a) 有效的社會安全號碼，(b) 州識別號碼及簽發州，或 (c) 駕駛執照號碼及簽發州。

*社會安全號碼 或州識別號碼及州 或駕駛執照號碼及州

潛在禁忌症

1. 您今天是否生病了？ 是 否 不清楚

2. 您是否曾注射 COVID-19 疫苗？ 是 否 不清楚

如果是，哪種疫苗產品？ 輝瑞 (Pfizer) 莫德納 (Moderna) 另一種產品：_____

3. 您是否出現過嚴重的過敏反應 (例如急性過敏)？例如：使用腎上腺素或 EpiPen® 治療的反應，
或者必須前往醫院救治的反應？ 是 否 不清楚

接受 COVID-19 疫苗後是否出現嚴重的過敏反應？ 是 否 不清楚

接受其他疫苗或注射藥物後是否出現嚴重的過敏反應？ 是 否 不清楚

嚴重的過敏反應與服用聚乙二醇 (Polyethylene Glycol) 或含聚乙二醇的產品有關嗎？ 是 否 不清楚

嚴重的過敏反應與服用聚山梨醇酯 (Polysorbate) 或含聚山梨醇酯的產品有關嗎？ 是 否 不清楚

姓氏 名字 出生日期

潛在禁忌症 繼續

是 否 不清楚

4. 在過去的 14 天內，您是否曾接受疫苗注射？ 是 否 不清楚
5. 在過去 90 天內，您是否曾接受單株抗體 (monoclonal antibodies) 或癒後血漿 (convalescent plasma) 作為 COVID-19 治療的一部分？ 是 否 不清楚

潛在注意事項

是 否 不清楚

6. 您是否患有出血性疾病或正在使用抗凝血劑？ 是 否 不清楚
7. 您是否為懷孕或哺育母乳的女性？ 是 否 不清楚

服務同意：我已收到正在接受的疫苗對應的疫苗資訊表或患者情況說明書。我已閱讀我將要接受的疫苗相關資訊。我有機會提問並得到滿意的答覆。我了解疫苗注射的益處及風險，並且我對可能發生的任何反應承擔全部責任。我了解疫苗注射後必須在疫苗注射區停留 15 分鐘以監測任何潛在的不良反應。我了解我如果出現副作用，我應該執行以下操作：致電藥房、聯絡醫師、致電 911。我要求將疫苗注射予我本人或我授權提出本要求之上述人員。僅適用於喬治亞州：我確認藥劑師已詢問我的健康史及過去一年內是否進行過身體檢查。醫療照護提供者未發現顯示我不應該注射疫苗的疾。

請付款的資訊是正確的。我授權發佈根據此要求採取行動的所有紀錄。我要求授權給付之付款到我的名下。

紀錄披露：我了解 CVS® 可能需要或可能自願披露我的健康資訊給負責本協議的醫師、在 CVS 注射疫苗的人員（若適用）、我的主治醫師（若有）、我的保險計畫、健康系統及醫院，及/或州或聯邦執業機構以進行治療、付款或其他醫療照護程序（例如治療或品質保證）。我同時了解 CVS 將按照 CVS 隱私權慣例通知中的規定使用及披露我的健康資訊（可在商店、網路或透過藥房索取紙質副本）。僅適用於加利福尼亞州：我同意 CAIR 與醫療照護提供者、機關或學校共享我的預防注射資料。疫苗注射診所：如果我透過疫苗注射診所接受疫苗，我了解需提供我的姓名、疫苗注射指派日期及時間給診所所協調員。

授權申請付款：我特此授權 CVS Pharmacy®（以下稱為「CVS®」）發佈資訊並申請付款。我保證提供給 Medicare 或 Medicaid 或 HRSA COVID-19 計畫為未保險患者申

X

疫苗注射患者簽名 (或家長、監護人或授權代表)

日期

如果代表患者簽名即表示您已獲授權代表患者提供所需的同意書。

家長、監護人或授權代表姓名

電話號碼

關係

由預防注射者填寫

Vaccine Administration Information for Immunizer/Pharmacist use only

Administration Date	Vaccine	VIS Date	Manufacturer <input type="radio"/> L <input type="radio"/> 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