



Данные клиники

Идентификатор клиники	Название клиники	Телефон	№ аптеки
Адрес	Город	Штат	Zip-код

Данные пациента

Фамилия	Имя	Дата рождения	Пол
Адрес	Город	Штат	Zip-код
Имя врача общей практики (PCP)	Телефон PCP	Факс PCP	
Адрес PCP	Город	Штат	Zip-код

Вы **находитесь** в учреждении длительного ухода или являетесь его **работником/сотрудником** ?

Это **первая** или **вторая** доза вакцины от COVID-19?

Данные страхования: (в клиниках на местах просим убедиться, что пациент предоставил карту(-ы) страхования)

*** ОБОЗНАЧАЕТ ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ПОЛЯ**

Лекарственное страхование: Да Нет

*Вы являетесь держателем основной карты? *Если нет, укажите дату рождения держателя основной карты

*Название плана лекарственного страхования *Идентификационный номер держателя карты *Идентификатор группы RX *BIN *PCN

Поля для застрахованных Medicare:

Да Нет

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

*Возраст пациента 65 лет или старше, или пациент имеет право на Medicare?

*Идентификационный номер Medicare часть A/B (МБИ) **Примечание:** МБИ обязательно указывать для пациентов 65 лет и старше, и имеющих право на Medicare. См. красную, белую или синюю карту Medicare

Медицинское страхование:

Да Нет

*Медицинская страховая компания

*Идентификационный номер держателя карты

*Идентификатор группы

*Идентификатор плательщика

*Пациент является держателем основной карты?

*Если нет, укажите дату рождения держателя основной карты

***Если Вы не застрахованы, поставьте галочку в поле ниже, подтверждая, что следующая информация соответствует действительности:**

У меня нет никакого страхования, в том числе, помимо прочих, Medicare, Medicaid, или иных планов страхования с частным или государственным финансированием.

Чтобы оплатить Вашу вакцинацию по Программе COVID-19 для незастрахованных пациентов Управления здравоохранения и медицинского обслуживания США, укажите или (а) действительный номер социального страхования, ИЛИ (b) номер удостоверения личности штата с указанием штата выдачи, ИЛИ (c) номер водительских прав и штат выдачи.

*Номер социального страхования

или идентификационный номер штата и штат

или номер водительских прав и штат

Возможные противопоказания

НЕ
ДА НЕТ ЗНАЮ

1. Вы чувствуете себя сегодня больным?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Вам когда-либо вводили дозу вакцины от COVID-19? Если да, какую вакцину? <input type="radio"/> Pfizer <input type="radio"/> Moderna <input type="radio"/> Другая вакцина: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Бывали ли у Вас когда-либо раньше аллергические реакции (например, анафилаксия)? <i>Пример: реакция, после которой понадобился эпифрин или EpiPen®, или после которой пришлось обратиться в больницу?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Сильная аллергическая реакция возникла после вакцины от COVID-19?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Сильная аллергическая реакция возникла после другой вакцины или инъектированного препарата?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Сильная аллергическая реакция была связана с воздействием полиэтиленгликоля или препарата, содержащего полиэтиленгликоль?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Сильная аллергическая реакция была связана с воздействием полисорбата или препарата, содержащего полисорбат?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Фамилия _____ Имя _____ Дата рождения _____

Возможные противопоказания продолжение

НЕ
ДА НЕТ ЗНАЮ

4. Вы вакцинировались в последние 14 дней? ДА НЕТ ЗНАЮ
5. Вам вводили моноклональные антитела или реконвалесцентную плазму в ходе лечения COVID-19 в последние 90 дней? ДА НЕТ ЗНАЮ

Возможные осложнения

НЕ
ДА НЕТ ЗНАЮ

6. Вы страдаете нарушением свертываемости крови или принимаете противосвертывающий препарат? ДА НЕТ ЗНАЮ
7. Для женщин: Вы беременны или кормящая мать? ДА НЕТ ЗНАЮ

СОГЛАСИЕ НА УСЛУГИ: Мне были предоставлены информационный бюллетень (бюллетени) или информационный листок для пациентов, соответствующие вводимой мне вакцине (вакцинам). Я ознакомился с предоставленной информацией о вводимой мне вакцине. У меня была возможность задать вопросы, и я получил удовлетворительные ответы. Я понимаю преимущества и риски вакцинации и добровольно принимаю на себя полную ответственность за любые возможные реакции. Я понимаю, что должен находиться в зоне вакцинации в течение 15 минут после вакцинации, для наблюдения за возможными нежелательными реакциями. Я понимаю, что в случае побочных эффектов я должен: позвонить в аптеку, обратиться к врачу, позвонить 911. Я прошу вакцинировать меня, или же указанное выше лицо, от имени которого я уполномочен делать эту просьбу. Только в штате Джорджия: Подтверждаю, что фармацевт спросил меня о моей истории болезни и о прохождении медосмотра в прошлом году. Врачи не выявили у меня состояний, препятствующих вакцинации.

Medicaid, или Программу COVID-19 для незастрахованных пациентов HRSA, верна. Разрешаю передачу всей зарегистрированной информации для данного запроса. Прошу произвести страховую выплату от моего имени.

РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ: Я понимаю, что CVS® по требованию или добровольно может раскрывать информацию о моем здоровье врачу, отвечающему за данный протокол сбора данных о здоровье лиц, вакцинированных в CVS (в соответствующих случаях), о моем лечащем враче (PCP) (если он у меня есть), моем плане страхования, системах здравоохранения и больницах и(или) регистрационных данных федерального уровня и уровня штата, в целях лечения, оплаты или иной деятельности, связанной со здравоохранением (например, администрирования или контроля качества). Я также понимаю, что CVS будет использовать и раскрывать информацию о моем здоровье согласно Уведомлению о методах обращения с личными данными CVS (экземпляр можно получить в аптеке, онлайн, или запросить печатный экземпляр в аптеке). Только в штате Калифорния: Я разрешаю CAIR передавать мои данные об иммунизации врачам общей практики, агентствам и школам. Клиники вакцинации: В случае введения вакцины в клинике вакцинации, я понимаю, что мое имя, дата и время вакцинации будут переданы координатору клиники.

РАЗРЕШЕНИЕ НА ЗАПРОС ОПЛАТЫ: Настоящим я разрешаю CVS Pharmacy® ("CVS®") передать информацию и запросить оплату. Удостоверяю, что предоставленная мной информация для запроса оплаты через Medicare или

X

Подпись вакцинируемого пациента (или родителя, опекуна или уполномоченного представителя)

Дата

Если Вы подписываетесь от имени пациента, Вы тем самым заявляете, что уполномочены давать требуемое согласие от имени пациента.

Имя родителя, опекуна или уполномоченного представителя

Телефон

Степень родства

Заполняется вакцинирующим лицом**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