

THÔNG TIN BỆNH NHÂN		* CẦN THIẾT	
Họ*	Tên*		
Ngày Sinh* tháng / ngày / năm	Tuổi*	Giới Tính* ☐ Nam ☐ Nữ	Số Điện Thoại*
☐ Tôi muốn nhận được thông báo bằng tin nhắn văn bản về các đơn thuốc của tôi.			Email
Địa Chỉ Nhà*	Thành Phố*	Tiểu Bang*	Zip*
Chủng Tộc*: ☐ Người Mỹ da đỏ hoặc thổ dân Alaska ☐ Người Á châu ☐ Người Mỹ da đen hoặc người Mỹ gốc Phi ☐ Người da trắng ☐ Người Hawaii hoặc người Đảo Thái Bình Dương ☐ Khác ☐ Không Biết		Dân Tộc*: ☐ Người Tây Ban Nha ☐ Không phải người Tây Ban Nha ☐ Không Biết	
Điều Kiện Y Tế Hiện Có:			
Tôi muốn nhận các loại vắc-xin*: ☐ Cúm ☐ COVID-19 ☐ Khác _____			
Tên Cha Mẹ (nếu bệnh nhân là trẻ em hoặc thiếu niên):		Mối Quan Hệ:	
Chúng tôi sẽ gửi thông tin tiêm chủng từ chuyến thăm này đến bác sĩ / nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của bạn bằng cách sử dụng thông tin liên hệ được cung cấp bên dưới.			
Tên Bác Sĩ		Số Điện Thoại Bác Sĩ	
Địa Chỉ	Thành Phố	Tiểu Bang	Zip

CÂU HỎI SÀNG LỌC*		Có	Không	Không biết
1	Hôm nay bạn có bị ốm không? (Ví dụ: cảm lạnh, sốt, bệnh cấp tính) Ngày hôm nay: _____	☐	☐	☐
2	Bạn có bị dị ứng với latex, thuốc, thức ăn, hoặc bất kỳ loại vắc xin nào không? (ví dụ: polyethylene glycol, polysorbate, trứng, protein bò, gelatin, gentamicin, polymyxin, neomycin, phenol, men hoặc thimerosal) Xin liệt kê _____	☐	☐	☐
3	Bạn đã bao giờ có phản ứng sau khi tiêm vắc xin, bao gồm ngứa xỉu hoặc cảm thấy chóng mặt chưa?	☐	☐	☐
4	Bạn có dùng thuốc chống đông máu không? (Ví dụ: Warfarin, Coumadin hoặc các chất làm loãng máu khác)	☐	☐	☐
5	Bạn có vấn đề sức khỏe lâu dài với bệnh tim, bệnh phổi, hen suyễn, bệnh thận, bệnh chuyển hóa (ví dụ: tiểu đường), thiếu máu hoặc rối loạn máu khác không?	☐	☐	☐
6	Bạn đã từng bị co giật, não hoặc các vấn đề về hệ thần kinh khác chưa?	☐	☐	☐
7	Bạn có bất kỳ tình trạng sức khỏe mãn tính nào như ung thư, bệnh thận mãn tính, suy giảm miễn dịch, bệnh phổi mãn tính, béo phì, bệnh hồng cầu hình liềm, tiểu đường, bệnh tim không? Xin liệt kê _____	☐	☐	☐
8	Bạn có nhận được bất kỳ loại vắc xin nào trong 14 ngày qua không? Xin liệt kê _____	☐	☐	☐
9	Đối với phụ nữ: Đối với phụ nữ: Bạn đang mang thai hoặc bạn đang cân nhắc có thai trong tháng tiếp theo?	☐	☐	☐

THẺ BẢO HIỂM THUỐC			
ID	BIN	PCN	Group
Bạn có phải là người đứng tên thẻ bảo hiểm? ☐ Phải ☐ Không			
Nếu không, vui lòng cung cấp tên chủ thẻ, ngày sinh (MM / DD / YYYY) và mối quan hệ: _____			
MEDICARE INFORMATION (RED, WHITE, AND BLUE CARD)			
MEDICARE No.		SSN	

NĂNG LỰC VÀ SỰ ĐỒNG Ý SỬ DỤNG DỊCH VỤ: Tôi xác nhận rằng tôi là: (a) bệnh nhân và từ 18 tuổi trở lên; (b) cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của bệnh nhân; hoặc (c) người được ủy quyền hợp pháp để đưa ra sự đồng ý thay mặt cho bệnh nhân. Bằng văn bản này, tôi đồng ý để VN Pharmacy và nhân viên y tế được cấp phép của họ ("Nhà cung cấp dịch vụ") thực hiện việc tiêm vắc-xin hoặc điều trị y tế theo yêu cầu.

SỰ ĐỒNG Ý DỰA TRÊN THÔNG TIN ĐẦY ĐÚ & XÁC NHẬN RỦI RO: Tôi xác nhận đã nhận, đọc hoặc được giải thích về Tờ Thông tin Vắc-xin (VIS), tờ thông tin của Texas DSHS hoặc Tờ Thông tin về Ủy quyền Sử dụng Khẩn cấp (EUA) của FDA (tùy trường hợp áp dụng). Tôi hiểu rõ các rủi ro và lợi ích liên quan đến vắc-xin được yêu cầu, đã có cơ hội đặt câu hỏi và hiểu rằng không có gì đảm bảo chắc chắn về việc không xảy ra phản ứng phụ. Tôi đồng ý ở lại gần khu vực tiêm chủng từ 15-30 phút sau khi tiêm để được theo dõi.

TRÁCH NHIỆM TÀI CHÍNH & ỦY QUYỀN BẢO HIỂM: Tôi ủy quyền cho Nhà cung cấp dịch vụ cung cấp các thông tin y tế cần thiết cho Medicare, Medicaid hoặc công ty bảo hiểm tư nhân của tôi để thanh toán cho các dịch vụ đã thực hiện. Tôi đồng ý chịu hoàn toàn trách nhiệm tài chính đối với bất kỳ khoản đồng chi trả (co-pay), khoản khấu trừ (deductible), khoản đồng bảo hiểm (coinsurance) hoặc các dịch vụ không được bảo hiểm chi trả.

Chữ Ký (Hoặc Chữ Ký Của Cha Mẹ / Người Giám Hộ Nếu Bệnh Nhân): _____ Date: _____

----- FOR PHARMACY USE ONLY -----

PRODUCT	MANUFACTURER	VOL (ML)	DOSE #	SITE	ROUTE	LOT #	EXP DATE	VIS VER. DATE
☐ COVID SPIKEVAX	☐ Moderna	0.5		L / R	IM		/ /	1/31/25
☐ FLUCELVAX	Sequirus	0.5	1	L / R	IM		/ /	1/31/25
☐ FLUAD	Sequirus	0.5	1	L / R	IM		/ /	1/31/25
☐ AFLURIA	Sequirus	0.5	1	L / R	IM		/ /	1/31/25
☐ FLUZONE		0.5	1	L / R	IM		/ /	1/31/25
							/ /	/ /
							/ /	/ /
							/ /	/ /
							/ /	/ /

Administering Immunizer:	Administration Date:
Signature: _____	

NOTES

Affix Rx Label