

ФОРМА СОГЛАСИЯ НА ИММУНИЗАЦИЮ

Прежде чем ваш ребенок сможет пройти иммунизацию против гриппа, вы должны полностью заполнить этот информационный лист. Кэти Трэйл по здоровью будет хранить эту анкету и любую другую собранную информацию в конфиденциальном порядке, как указано в нашей политике конфиденциальности. Существуют риски, связанные со всеми вакцинами, пожалуйста, ознакомьтесь с Информационным листом о вакцинах (VIS) по адресу . Как и любая иммунизация, она не защищает 100% иммунизированных людей.

Иммунизация предлагается либо в рамках нашей программы «Вакцины для детей» (VFC), если ребенок имеет на это право, либо бесплатно, либо через страховку ребенка. Верните эту заполненную форму вместе с копией лицевой и оборотной сторон страховой карточки ребенка школьной медсестре до даты администрирования: 3-13 октября 2023 г. (дата зависит от школы, в которой учится ваш ребенок).

1) Пожалуйста, проверьте, что относится к вашему ребенку:

_____ у него нет страховки _____ У него есть страховка, но она не покрывает эти прививки
_____ он/она зарегистрирован в программе Medicaid _____ он/она коренной житель Аляски или коренной американец
_____ У него есть страховка перед третьими лицами, и она покрывает эту вакцинацию.

2) Katy Trail Community Health предложит следующие прививки, которые не требуются для участия в школе, но рекомендованы CDC.

Иммунизация против сезонного гриппа

3) ИНФОРМАЦИЯ О РЕБЕНКЕ:

Детский

Имя: _____ SS# _____ Дата рождения: _____

Пол (обведите один, пожалуйста): Мужчина Женщина

Адрес улицы: _____ Город: _____ Индекс : _____

Телефон: _____

Поставщик первичной медико-санитарной помощи: _____

Основной опекун:

Имя: _____ Отношение к пациенту: _____

Адрес улицы: _____ Город _____ Индекс: _____

Телефон: _____

Страхование:

Наименование страховой компании:

Политика #: _____ Группа #: _____

Имя подписчика: _____ Дата рождения абонента: _____

Номер телефона абонента: _____ Отношение подписчика к пациенту: _____

4) ОБВЕДИТЕ КРУЖКОМ «ДА» ИЛИ «НЕТ»

- Да Нет У этого ребенка аллергия на лекарства, продукты питания, яйца или прививки.
- Да Нет У этого ребенка была серьезная реакция на иммунизацию в прошлом.
- Да Нет У этого ребенка или одного из его ближайших родственников есть судороги, проблемы с мозгом и нервами, нарушение свертываемости крови или прием аспирина или препаратов, разжижающих кровь.
- Да Нет У этого ребенка хронические легкие или астма, или у него в анамнезе астма или хрипы в прошлый год.
- Да Нет У этого ребенка был диагностирован синдром Гийена-Барре.
- Да Нет Это болезни сердца или почек у ребенка, диабет или другие хронические заболевания.
- Да Нет У этого ребенка рак, лейкемия, СПИД или другие проблемы с иммунной системой:
- Да Нет Этот ребенок принимал кортизон, преднизолон, другие стероиды или противоопухолевые препараты или имел X-лучевые процедуры в течение последних шести месяцев.
- Да Нет Этот ребенок перенес переливание крови или продуктов крови или получил иммунитет (гамма) глобулин за последние шесть недель
- Да Нет Этот ребенок получил прививки в течение последних четырех недель.
- Да Нет У этого ребенка текущая лихорадка или респираторное заболевание.

5) ПРОЧТИТЕ И ПОДПИШИТЕ НИЖЕ:

Подписываясь ниже, я подтверждаю, что мне была предоставлена копия и я прочитал или объяснил мне информацию, содержащуюся в «Информационном заявлении о вакцинах» для иммунизации против гриппа. У меня была возможность задать вопросы, на которые я получил удовлетворительные ответы, и я понимаю преимущества и риски вакцины. Подписываясь ниже, я даю согласие на то, чтобы вакцина против гриппа была введена ребенку, указанному выше, в отношении которого я уполномочен в соответствии с разделом 431.058 RSMo сделать этот запрос.

Подписываясь ниже, я подтверждаю и соглашаюсь с тем, что Katy Trail Community Health выставяет счет за мою страховку за эту услугу.

Подпись родителя/опекуна

Дата

Печатное имя

Отношение к ребенку

ТОЛЬКО ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В ОФИСЕ - Административная информация:

Имя ребенка _____ Д.О.Р.: _____

Иммунизация	Дата указана	Фирменное наименование	Доза	Сайт/Маршрут	Номер лота	Срок годности	Инициалы адмирала
Грипп							

Дата ВИС: _____

Подпись LPN/MA/RN: _____ Сайт школы: _____