



(Кэти Трейл посетит все школы Седалии 200 в период с 7 октября 2024 года по 10 октября 2024 года, чтобы провести вакцинацию от гриппа ТОЛЬКО тем, кто даст на это согласие! Требуется заполнить форму согласия, которую необходимо вернуть до 4 октября 2024 года.)

ФОРМА СОГЛАСИЯ НА ИММУНИЗАЦИЮ

Прежде чем ваш ребенок сможет получить прививки от Katy Trail Community Health, вы должны прочитать информационные листы о вакцинах (VIS) для всех вводимых вакцин и ответить на приведенные ниже вопросы. Вакцинации будут проводиться только детям и подросткам в возрасте от 0 до 19 лет, которые здоровы и не беременны. Katy Trail Community Health сохранит эту анкету и любую другую собранную информацию в конфиденциальном порядке. Существуют риски, связанные со всеми вакцинами.

Вакцины предлагаются либо через нашу программу вакцинации для детей (VFC), если ребенок имеет право на бесплатную вакцинацию, либо через страховку ребенка, если ребенок застрахован. Верните заполненную форму школьной медсестре до: **10/4/24**.

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

_____ у него/нее нет страховки _____ у него/нее есть страховка, но она не покрывает эти прививки
_____ он/она зарегистрирован/а в Medicaid _____ он/она является уроженцем Аляски или коренным американцем
_____ у него/нее есть страховка третьей стороны, и она покрывает эту прививку.

2) Katy Trail Community Health предложит следующие прививки, необходимые для посещения школы и рекомендованные CDC.

Иммунизация против сезонного гриппа

3) ИНФОРМАЦИЯ О РЕБЕНКЕ:

Имя ребенка: _____ SS# _____ Дата рождения: _____

Пол (обведите один): Мужской Женский

Почтовый адрес: _____ Город: _____ Почтовый индекс: _____

Телефон: _____

Поставщик первичной медицинской помощи: _____

Основной опекун:

Имя: _____ Степень родства с пациентом: _____

Почтовый адрес: _____ Город _____ Почтовый индекс: _

Телефон: _____

Страхование:

Название страховой компании: _____ Номер полиса: _____ Номер группы: _____

Имя подписчика: _____ Дата рождения подписчика: _____

SSN подписчика: _____ Адрес подписчика: _____

Created: 2/22/2019, Updated: 2/22/23

Implemented: 2/22/2019

Номер телефона подписчика: _____ Отношение подписчика к пациенту: _____

****Пожалуйста, приложите копии всех страховых карточек**

4) ОБВЕДИТЕ «ДА» ИЛИ «НЕТ»

Да Нет У этого ребенка аллергия на лекарства, продукты питания или прививки.

Если да, опишите, пожалуйста _____

Да Нет У этого ребенка была серьезная реакция на вакцину в прошлом.

Если да, опишите, пожалуйста _____

Да Нет У этого ребенка или у одного из его/ее ближайших родственников есть судороги, проблемы с мозгом и нервами,

нарушение свертываемости крови или он/она принимает аспирин или препараты для разжижения крови.

Да Нет У этого ребенка хроническое заболевание легких или астма, или у него была история астмы или хрипов в прошлом году.

Да Нет Этот ребенок беременен или потенциально может быть беременен.

Да Нет Этот ребенок в настоящее время кормит грудью.

Да Нет У этого ребенка есть заболевание сердца или почек, диабет или другое хроническое заболевание.

Да Нет У этого ребенка рак, лейкемия, СПИД или другие проблемы с иммунной системой:

Да Нет Этот ребенок принимал кортизон, преднизон, другие стероиды или противораковые препараты или проходил/а рентгенотерапию в течение последних шести недель.

Да Нет Этому ребенку делали переливание крови или продуктов крови или вводили иммуноглобулин (гамма) в течение последних шести недель.

Да Нет Этому ребенку делали прививки в течение последних четырех недель.

Если да, то какие прививки _____

Да Нет У этого ребенка в настоящее время лихорадка или респираторное заболевание.

5) ПРОЧИТАЙТЕ И ПОДПИШИТЕСЬ НИЖЕ:

Мне предоставили копию и я прочитал или мне объяснили информацию в «Заявление(ях) о вакцинах» для заболевания(й) и вакцин(ы), которые будут введены этому ребенку. У меня была возможность задать вопросы, на которые я получил удовлетворительные ответы. Я понимаю пользу и риски запрошенной вакцины(й) и прошу, чтобы вакцина(ы), подлежащая в настоящее время вакцинации, за которую я подписался ниже, была предоставлена мне или указанному выше лицу, за которое я уполномочен в соответствии с Разделом 431.058, RSMo сделать этот запрос.

Подпись родителя/опекуна: _____ Дата: _____

Office Only- Administration Information:

Child's Name: _____ **DOB:** _____

VIS given date: _____ **Temperature:** _____

Vaccine	Date Given	Manufacturer	Dose	Site/Route	Lot Number	Expiration Date	Adm. Initials

Administering Nurse Name: _____ **Nurse Signature:** _____

Created: 2/22/2019, Updated: 2/22/23

Implemented: 2/22/2019