



(Кеті Трейл відвідає всі школи Седалії 200 в період з 7 жовтня 2024 по 10 жовтня 2024, щоб провести вакцинацію від грипу ТІЛЬКИ тим, хто дасть на це згоду! Потрібно заповнити форму згоди, яку необхідно повернути до 4 жовтня 2024 року.)

ФОРМА УГОДИ НА ІМУНІЗАЦІЮ

Перш ніж ваша дитина може отримати щеплення від Katy Trail Community Health, ви повинні прочитати інформаційні листи про вакцини (VIS) для всіх вакцин, що вводяться, і відповісти на наведені нижче питання. Вакцинації проводитимуться лише дітям та підліткам віком від 0 до 19 років, які здорові та не вагітні. Katy Trail Community Health збереже цю анкету та будь-яку іншу зібрану інформацію в конфіденційному порядку. Існують ризики, пов'язані з усіма вакцинами. Вакцини пропонуються через нашу програму вакцинації для дітей (VFC), якщо дитина має право на безкоштовну вакцинацію, або через страховку дитини, якщо дитина застрахована. Поверніть заповнену форму шкільній медсестрі до: **10/4/24**.

1) Будь ласка, відзначте, що відноситься до вашої дитини:

_____ у нього/її немає страховки _____ у нього/її є страховка, але вона не покриває ці щеплення
_____ він/вона зареєстрований/а в Medicaid _____ він/вона є уродженцем Аляски або корінним американцем
_____ у нього/її є страховка третьої сторони, і вона покриває це щеплення.

2) Katy Trail Community Health пропонує наступні щеплення, необхідні для відвідування школи та рекомендовані CDC.

Імунізація проти сезонного грипу

3) ІНФОРМАЦІЯ ПРО ДИТИНУ:

Ім'я дитини: _____ SS# _____ Дата народження: _____

Стать (обведіть один): Чоловічий Жіночий

Поштова адреса: _____ Місто: _____ Поштовий індекс: _____

Телефон: _____

Постачальник первинної медичної допомоги: _____

Основний опікун:

Ім'я: _____ Ступінь спорідненості з пацієнтом: _____

Поштова адреса: _____ Місто: _____ Поштовий індекс: _____

Телефон: _____

Страхування:

Назва страхової компанії: _____ Номер полісу: _____ Номер групи: _____

Ім'я передплатника: _____ Дата народження передплатника: _____

SSN передплатника: _____ Адреса передплатника: _____

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

Implemented: 2/22/2019

Номер телефону передплатника: _____ Відношення передплатника до пацієнта: _____

****Будь ласка, додайте копії всіх страхових карток**

4) ОБВІДІТЬ «ТАК» АБО «НІ»

Так Ні У цієї дитини алергія на ліки, продукти харчування чи щеплення.

Якщо так, опишіть, будь ласка _____

Так Ні Ця дитина мала серйозну реакцію на вакцину в минулому.

Якщо так, опишіть, будь ласка _____

Так Ні У цієї дитини або в одного з її найближчих родичів є судоми, проблеми з мозком і нервами, порушення зсідання крові або він/вона приймає аспірин або препарати для розрідження крові.

Так Ні У цієї дитини хронічне захворювання легень або астма, або у нього була історія астми або хрипів уторік.

Так Ні Ця дитина вагітна або потенційно може бути вагітна.

Так Ні Ця дитина в даний час годує грудьми.

Так Ні Ця дитина має захворювання серця або нирок, діабет або інше хронічне захворювання.

Так Ні У цієї дитини рак, лейкемія, СНІД або інші проблеми з імунною системою:

Так Ні Ця дитина приймала кортизон, преднізон, інші стероїди або протиракові препарати або проходила рентгенотерапію протягом останніх шести тижнів.

Так Ні Цій дитині робили переливання крові або продуктів крові або вводили імуноглобулін (гама) протягом останніх шести тижнів.

Так Ні Цій дитині робили щеплення протягом останніх чотирьох тижнів.

Якщо так, то які щеплення _____

Так Ні У цієї дитини зараз лихоманка або респіраторне захворювання.

5) ПРОЧИТАЙТЕ І ПІДПИШЕТЬСЯ НИЖЧЕ:

Мені надали копію і я прочитав або мені пояснили інформацію в «Заявах про вакцини» для захворювання та вакцин, які будуть введені цій дитині. У мене була можливість поставити запитання, на які я отримав відповіді. Я розумію користь та ризики запитаної вакцини(и) і прошу, щоб вакцина(и), що підлягає в даний час вакцинації, за яку я підписався нижче, була надана мені або зазначеній вище особі, за яку я уповноважений відповідно до Розділу 431.058 RSMo зробити цей запит.

Підпис батька/опікуна: _____ 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