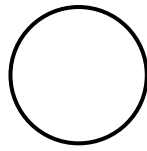




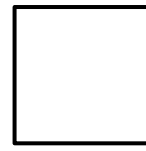
RUSSIAN



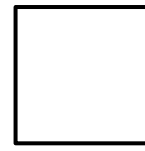
Vaccine Type



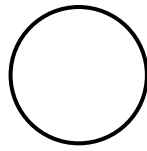
Patient ID



Injector ID  
or Name



L/R arm or X  
if not vax'd



Extended Obs

ТОЛЬКО ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ  
КЛИНИКОЙ

# Добро пожаловать!

- |   | Да                       | Нет                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. У вас были какие-либо из следующих симптомов в последние 10 дней: повышенная температура, (>100,4F (>38C)), озноб, кашель, одышка, затрудненное дыхание, усталость, боль в мышцах или теле, головная боль, недавно появившиеся изменения в чувстве вкуса или обоняния, больное горло, насморк или заложенный нос, тошнота, рвота или диарея? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Вы когда-либо делали прививку от COVID -19?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Есть ли у вас сильная аллергия на КАКИЕ-ЛИБО медицинские препараты, пищу или латекс (например, яйца, желатин, тимеросал, неомицин, гентамицин и т.д.)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Вы испытывали тяжелую реакцию или потерю сознания в связи с какой-либо вакцинацией?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Вы проходили пассивную терапию антителами (моноклональными антителами или конвалесцентной сывороткой) в качестве лечения от COVID-19   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Вы проходили любую другую вакцинацию в последние 14 дней?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Вы получали положительный результат теста на COVID-19 в последние 2 недели?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Есть ли у вас заболевание или принимаете ли вы медикаменты, которые могут ослабить вашу иммунную систему? Если «да», укажите: _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Вы беременны или кормите грудью?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Информированное согласие и опросник для иммунизации от COVID-19

**Информированное согласие:** *Пожалуйста, прочитайте и подпишите.*

Моя подпись ниже означает, что я соглашаюсь на проведение вакцинации. Я также освобождаю Urgent Care Now и их филиалы, работников и волонтеров от какой-либо ответственности (в том числе, за действие или бездействие), вызванной или связанной с получением мной этой вакцины. Я понимаю, что: 1) Я добровольно выбираю получение этой вакцины. 2) Я совершеннолетний(ая) и уполномочен(а) на подписание этой формы предоставления согласия. 3) Я безотлагательно поставлю в известность лицо, выполняющее вакцинацию, о любом медицинском заболевании, которое может отрицательно повлиять на мое личное здоровье или на эффективность вакцины. 4) Меня проинформировали о возможных побочных эффектах после вакцинации, о том, когда они могут возникнуть, а также о том, когда и куда мне следует обратиться за лечением. Я несу ответственность за то, чтобы обратиться к врачу за свой счет, если у меня возникнут какие-либо побочные эффекты. 5) Я должен(на) оставаться в месте проведения вакцинации в течение 15 минут после вакцинации для наблюдения или 30 минут, если я сообщил(а) о серьезной аллергии или реакции на медикаменты, пищевые вакцины или латекс. 6) Я прочитал(а) или мне прочитали информацию о вводимой вакцине(ам). Мне была предоставлена возможность задать вопросы, и на все мои вопросы были даны удовлетворительные ответы. Я понимаю пользу вакцин(ы) и риск, связанный с ними (ней). 7) Эта вакцинация, как и любая другая вакцинация, на которую распространяются дополнительные меры защиты личных данных в соответствии с законодательством штата или федеральным законодательством, подлежит внесению в реестр иммунизации, из которого мои данные о вакцинации вместе с данными других лиц могут передаваться в местный департамент здравоохранения (если это применимо), и я разрешаю передачу такой информации.

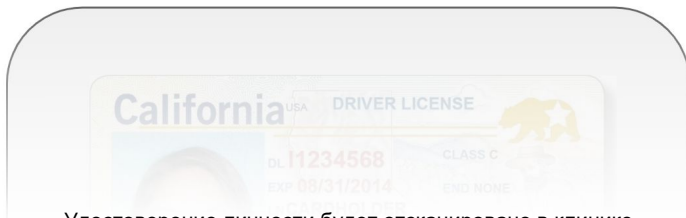
\_\_\_\_\_  
Официальные имя и фамилия пациента

\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Сегодняшняя дата

\_\_\_\_\_  
Почтовый индекс

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Дата рождения



Удостоверение личности будет отсканировано в клинике  
Если у вас нет удостоверения личности, это не проблема



Страховая карточка будет отсканирована в клинике при  
регистрации  
Карта вакцинации CDC будет отсканирована в клинике при  
выходе

Если у вас нет страховки, это не проблема