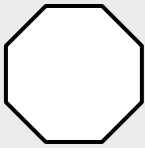
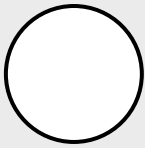


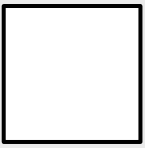
 <p>VX TAGALOG</p> <p>© Equivax Form VX Last Updated 11/17/21</p>	 <p>Extended Observation</p>	 <p>Vaccine Type</p> <p>P1 / P2 / PB M1 / M2 / MB J / JB</p>	 <p>Patient ID</p>	 <p>Vaccinator ID</p>	 <p>Arm</p> <p>L / R No Vax: X</p>
---	--	--	---	---	--

Maligayang Pagdating!

- | | YES | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Mayroon ka bang alinman sa mga sumusunod na sintomas sa nakaraang 10 araw: lagnat, (>100.4F), panginginginig, ubo, pangangapos ng hininga, kahirapang huminga, pagod, pananakit ng kalamnan o katawan, pananakit ng ulo, panibagong pagbabago sa panlasa o pang-amoy, pananakit ng lalamunan, baradong ilong o sinisipon, pagkaalibadbad, pagsusuka o pagtatae? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Nakatanggap ka na ba ng bakuna para sa COVID-19? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Mayroon ka bang malubhang allergy sa ANUMANG gamot, pagkain o latex (hal. itlog, gelatin, thimerosal, neomycin, gentamicin, atbp.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Nagkaroon ka na ba ng malubhang reaksyon o nahimatay pagkatapos tumanggap ng anumang bakuna? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Nakatanggap ka na ba ng passive antibody therapy (monoclonal antibodies o convalescent serum) bilang paggagamot para sa COVID-19? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Nakatanggap ka na ba ng iba pang bakuna sa nakaraang 14 na araw? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Nasurian ka na bang positibo sa COVID-19 sa nakaraang 2 linggo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Mayroon ka bang medikal na kondisyon o umiinom ng (mga) gamot na maaaring magpahina sa iyong immune system? Kung oo, mangyaring ilara: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Ikaw ba ay nagbubuntis o nagpapasuso? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

May-kabatirang Pahintulot at Screener para sa Bakuna para sa COVID-19

May-kabatirang Pahintulot: Mangyaring basahin at pirmahan.

Sa pamamagitan ng aking pirma sa ibaba, pinahihintulutan ko ang pagturok ng bakuna. Pinalalaya ko rin ang Urgent Care Now at ang mga kaakibat nito, empleyado, at boluntaryo mula sa lahat ng pananagutan, kabilang ang lahat ng hindi nagawa at nagawa, na magresulta sa, o magmumula sa pagtanggap ko ng bakunang ito. Nauunawaan kong: 1) Boluntaryo kong piniling tumanggap ng bakuna. 2) Ako ay nasa legal na edad at nagpahintulot na ipatupad ang form ng pahintulot na ito. 3) Agad kong aabisuhan ang nagtuturok ng bakuna ng anumang mga medikal na kondisyong maaaring maapektuhan sa masamang paraan ang aking personal na kalusugan o pagkabisa ng bakuna. 4) Pinayuhan ako ng tungkol sa mga potensyal na side effect pagkatapos ng bakuna, kung kailan ito maaaring mangyari, at kung kailan at saan ako dapat magpagamot. Responsable ako sa pag-follow up sa aking doktor na babayaran ko kung makakaranas ako ng anumang mga side effect. 5) Dapat akong manatili sa lugar ng 15 minuto pagkatapos ng pagbabakuna para maobserbahan o 30 minuto kung nag-ulat ako ng malulubhang allergy o reaksyon sa mga gamot, pagkain, mga bakuna o latex. 6) Nabasa ko o binasa sa akin, ang fact sheet (mga dapat malamang) na ibinigay upang maiturok ang (mga) bakuna. Nagkaroon ako ng oportunidad na magtanong, at ang lahat ng aking tanong ay nasagot sa aking kasiyahan. Nauunawaan ko ang mga kapakinabangan at panganib ng (mga) bakuna. 7) Ang bakunang ito, kabilang ang anumang bakunang nabigyan ng karagdagang proteksyon sa pagkapribado sa ilalim ng batas ng estado o pederal na batas ay sumasailalim sa pag-uulat sa rehistro ng pagbabakuna, na maaaring ibahagi ang aking data ng pagbabakuna sa iba o sa lokal na Kagarawan ng Kalusugan, kung naaangkop, at inaawtorisahan ko ang mga pagsisiwalat na ito.

Legal na Pangalan ng Pasyente

Pirma

____/____/_____
Petsa Ngayong Araw

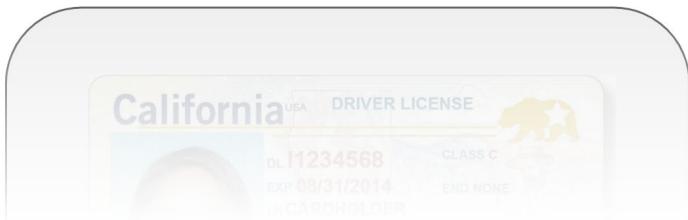
ZIP Code

____/____/_____
Petsa ng Kapanganakan

IF PATIENT IS UNDER 18:

PARENT/GUARDIAN NAME

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE



Okey lang kung wala kang ID

li-scan ng klinika ang ID



Okay lang kung wala kang insurance

li-scan ng klinika ang Insurance sa Panahon ng Pagpaparehistro