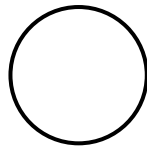




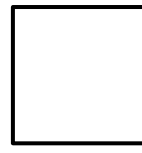
VIETNAMESE



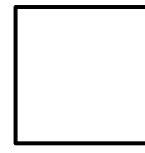
Vaccine Type



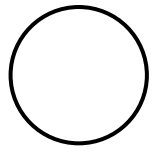
Patient ID



Injector ID
or Name



L/R arm or X
if not vax'd



Extended Obs

DÀNH RIÊNG CHO BỆNH XÁ

Chào mừng quý vị!

	Có	Không
1. Quý vị có bất kỳ triệu chứng nào sau đây trong vòng 10 ngày qua không: sốt, (> 100.4 độ F), ớn lạnh, ho, thờ ngán, khó thở, mệt mỏi, đau nhức cơ bắp hoặc cơ thể, nhức đầu, vị giác hoặc khứu giác bị thay đổi, đau họng, nghẹt mũi hoặc chảy nước mũi, buồn nôn, nôn mửa hoặc tiêu chảy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Quý vị đã từng được chủng ngừa COVID-19 chưa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Quý vị có bị dị ứng nghiêm trọng với BẤT KỲ loại thuốc, thực phẩm hoặc latex nào không (thí dụ như trứng, gelatin, thimerosal, neomycin, gentamicin, v.v...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Quý vị đã bao giờ bị dị ứng nghiêm trọng hoặc ngất xỉu sau khi được chích bất kỳ loại thuốc chủng ngừa nào chưa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Quý vị đã được liệu pháp kháng thể thụ động (kháng thể đơn dòng hoặc huyết thanh người vừa hết bệnh) để điều trị COVID-19 chưa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Quý vị đã được chích thêm thuốc chủng ngừa trong 14 ngày qua không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Quý vị có bị kết quả thử nghiệm COVID-19 dương tính trong 2 tuần qua không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Quý vị có một bệnh trạng y tế hoặc dùng (các) loại thuốc có thể làm suy yếu hệ thống miễn dịch của quý vị không? Nếu có, xin liệt kê ra: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Quý vị có đang mang thai hoặc đang trong thời kỳ cho con bú sữa mẹ không.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hiểu Biết và Thỏa Thuận và Kiểm Tra Thông Tin để Chủng Ngừa COVID-19

Hiểu Biết và Thỏa Thuận: *Xin đọc và ký tên.*

Khi ký tên dưới đây, tôi đồng ý cho chích thuốc chủng ngừa. Tôi cũng giải trừ cho Urgent Care Now và các chi nhánh của họ, nhân viên và những người tình nguyện khỏi mọi trách nhiệm pháp lý, bao gồm các hành vi sơ sót hoặc nhiệm vụ, do kết quả hoặc từ việc tôi được thuốc chủng ngừa này. Tôi hiểu rằng: 1) Tôi đã tự nguyện muốn được chủng ngừa. 2) Tôi đủ tuổi hợp pháp và được quyền ký tên vào mẫu thỏa thuận này. 3) Tôi sẽ thông báo ngay cho người chủng ngừa bất kỳ tình trạng y tế nào có thể ảnh hưởng xấu đến sức khỏe cá nhân của tôi hoặc hiệu quả của thuốc chủng ngừa. 4) Tôi đã được tư vấn về các phản ứng phụ khả dĩ sau khi được chủng ngừa, khi nào chúng có thể xảy ra, tôi cần được điều trị khi nào và ở đâu. Tôi có trách nhiệm trả chi phí cho lần khám theo dõi với bác sĩ của tôi nếu tôi có bất kỳ phản ứng phụ nào. 5) Tôi nên ở lại khu vực này trong 15 phút sau khi được chủng ngừa để được theo dõi, hoặc 30 phút nếu tôi đã báo cáo bị dị ứng nghiêm trọng hoặc phản ứng với thuốc, thuốc chích chứa thực phẩm hoặc latex. 6) Tôi đã đọc, hoặc có người đã đọc cho tôi nghe, tờ thông tin giải thích về việc chích (các) loại thuốc chủng ngừa. Tôi đã có cơ hội nêu thắc mắc và mọi thắc mắc của tôi đều được giải đáp thỏa đáng. Tôi hiểu những lợi ích và rủi ro của (các) loại thuốc chủng ngừa. 7) Việc chủng ngừa này, bao gồm bất kỳ loại thuốc chủng ngừa nào có quyền riêng tư được bảo vệ thêm theo luật tiểu bang hoặc liên bang, đều phải được báo cáo với cơ quan ghi danh chủng ngừa, cơ quan này có thể chia sẻ dữ liệu chủng ngừa của tôi với những người khác hoặc Ban Sức Khỏe địa phương, nếu có, và tôi cho phép tiết lộ những thông tin này.

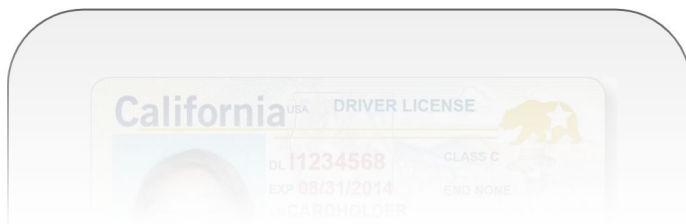
Tên Hợp Pháp của Bệnh Nhân

Chữ ký

_____/_____/_____
Hôm nay là ngày

Bưu chính

_____/_____/_____
Ngày sanh



Bệnh xá sẽ quét thẻ ID

Nếu quý vị không có Thẻ Nhận Diện Cá Nhân (ID) thì cũng không sao



Bệnh xá sẽ quét thẻ ID khi Ghi Danh
Bệnh xá sẽ quét Thẻ CDC Vax khi xuất viện

Nếu quý vị không có bảo hiểm thì cũng không sao