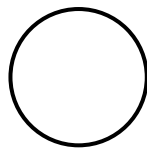


VX

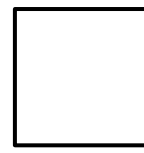
TRADITIONAL
CHINESE



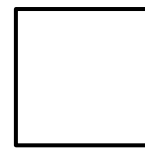
Vaccine Type



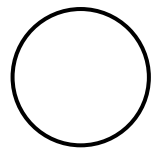
Patient ID



Injector ID
or Name



L/R arm or X
if not vax'd



Extended Obs

僅供診所使用

歡迎！

- | | 是 | 否 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. 您在過去 10 天內是否有以下任何症狀：發燒 (>100.4F)、寒顫、咳嗽、呼吸短促、呼吸困難、疲勞、肌肉或身體疼痛、頭痛、味覺或嗅覺的新改變、喉嚨痛、鼻塞或流鼻涕、惡心、嘔吐或腹瀉？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 您是否已接種 COVID -19 疫苗？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. 您是否對任何藥物、食品或乳膠（例如雞蛋、明膠、硫柳汞、新黴素、慶大黴素等）嚴重過敏？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. 您是否在接受任何疫苗接種後出現嚴重過敏或暈厥？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. 您是否已接受被動抗體療法（單克隆抗體或恢復期血清）作為對 COVID-19 的治療？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. 您在過去 14 天內是否已接種另一種疫苗？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. 您在過去 2 週內的 COVID-19 檢測結果是否為陽性？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. 您是否患有可能削弱您的免疫系統的疾病或服用可能削弱您的免疫系統的藥物？如果有，請列出： | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | |
| 9. 您是否為孕婦或哺乳期產婦？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

COVID-19 免疫知情同意書和篩查表

知情同意書：請閱讀並簽名。

我在下方的簽名即代表我同意注射疫苗。我也令 Urgent Care Now 及附屬公司、員工和義工免於承擔我接受此劑疫苗接種所產生的所有責任（包括不作為或委任）。我明白：1) 我自願選擇接受疫苗接種。2) 我已達到法定年齡，有權簽署本同意書。3) 我會針對可能對我的個人健康或疫苗有效性產生不利影響的任何病情向疫苗注射人員提出預警。4) 有人向我說明接種疫苗後可能出現的副作用、副作用可能出現的時間以及我應該在何時何地尋求治療。如果我出現任何副作用，我負責與我的醫生進行隨訪，相關費用由我承擔。5) 疫苗接種完成後，我應原地停留觀察 15 分鐘，如果我曾報告對藥物、食品、疫苗或乳膠有嚴重過敏或反應，則應原地停留觀察 30 分鐘。6) 我已閱讀或已有人為我朗讀關於將注射的疫苗的情況說明書。我有機會提出問題，而且我的所有問題都得到了令我滿意的解答。我明白疫苗的益處和風險。7) 此次疫苗接種（包括依據州或聯邦法律規定得到額外隱私保護的任何疫苗接種）須上報至免疫登記處，而且免疫登記處可在適用情況下將我的免疫資料分享給其他人或地方衛生部，我授權此等披露。

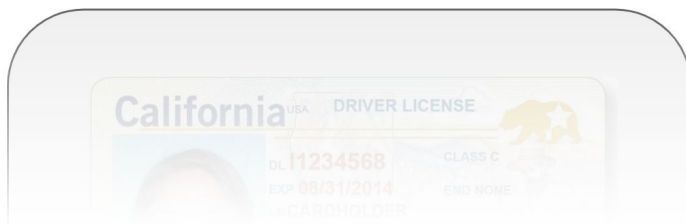
患者法定姓名

簽名

今日日期

ZIP 代碼

出生日期



診所會掃描 ID

如果您沒有 ID，沒關係



診所會在登記時掃描保險
診所會在出院時掃描 CDC Vax 卡

如果您沒有保險，沒關係