

**ĐỒNG Ý TIÊM VẮC-XIN CÚM CỦA WPS NĂM HỌC 2019-2020,
Thông tin bảo hiểm vắc-xin cho trẻ em và MẪU SÁNG LỘC**

Thuốc tiêm (Tiêm phòng cúm)

Phần 1: Thông tin về học sinh được tiêm vắc-xin (vui lòng viết hoa): *Các trường bắt buộc

Phòng học bộ môn/Giáo viên:*	Lớp: *		
Tên: (Họ, tên, tên đệm)*	Ngày sinh: *	Tuổi: *	Giới tính: (Khoanh tròn) *
	Tháng Ngày Năm		Nam Nữ
Chủng tộc/Dân tộc: (chọn tất cả những gì áp dụng) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Người Mỹ gốc Phi hoặc Người da đen <input type="checkbox"/> Thổ dân Mỹ, Thổ dân Alaska, Người bản xứ hoặc Người Anh-Điêng <input type="checkbox"/> Người Á Rập hoặc Người Trung Đông <input type="checkbox"/> Người châu Á hoặc Người Mỹ gốc Á <input type="checkbox"/> Người có nguồn gốc từ nước nói tiếng Tây Ban Nha hoặc Mỹ Latinh <input type="checkbox"/> Thổ dân Hawaii hoặc Người đảo Thái Bình Dương <input type="checkbox"/> Người da trắng, Người Cáp-ca hoặc Người Mỹ gốc Âu <input type="checkbox"/> Khác: _____ 	Học sinh đã được tiêm vắc-xin cúm năm ngoài (năm học 2018- 2019) ở đâu? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Không được tiêm vắc-xin cúm <input type="checkbox"/> Tại phòng khám cúm của trường vào tháng 10 <input type="checkbox"/> Tại trung tâm y tế của trường <input type="checkbox"/> Tại phòng khám nhi <input type="checkbox"/> Tại hiệu thuốc (ví dụ: Walgreen, CVS, v.v.) <input type="checkbox"/> Khác: _____ 		

Phần 2: Đồng ý tiêm phòng

ĐỒNG Ý TIÊM PHÒNG CHO TRẺ: Tôi đã đọc hoặc đã được giải thích Tuyên bố Thông tin về Vắc-xin cúm 2015-2016 (không thay đổi trong giai đoạn 2019-2020) và hiểu các rủi ro và lợi ích.

TÔI ĐỒNG Ý tiêm vắc-xin, đồng ý lập hóa đơn cho công ty bảo hiểm của tôi, đồng thời cho phép nhập/chia sẻ thông tin này trong Hệ thống Thông tin Tiêm phòng của Massachusetts (MIIS). (Nếu đơn đồng ý này không được ký, ghi ngày và gửi lại, con tôi sẽ không được tiêm phòng.)

TÔI KHÔNG ĐỒNG Ý để con tôi, người có tên ở phần trên của mẫu đơn này được tiêm vắc-xin này.

_____/_____/_____
Chữ ký của Phụ huynh / Người giám hộ Ngày

_____/_____/_____
Chữ ký của Phụ huynh / Người giám hộ Ngày

Phần 3: Thông tin về Bảo hiểm

Thông tin về Bảo hiểm: *Bao gồm toàn bộ số ID hội viên và bất kỳ chữ cái nào là một phần của số đó*

Tên Công ty Bảo hiểm: *	Số ID Hội viên: *	Số ID Nhóm: (nếu có thể)
-------------------------	-------------------	--------------------------

Nếu người được tiêm phòng không phải là người đăng ký, vui lòng hoàn thành các mục sau:

Tên người đăng ký: (Họ, tên, tên đệm) *	Ngày sinh của người đăng ký: *	Giới tính: (Khoanh tròn)*
	Tháng Ngày Năm	
Mối quan hệ của bệnh nhân với người đăng ký: (Khoanh tròn)*	Trẻ em	Khác

***Đính kèm bản sao ảnh thẻ bảo hiểm (nếu có thể)**

Dành cho trẻ từ 18 tuổi trở xuống:

Liệu chương trình Vắc-xin dành cho trẻ em (VFC) có đủ điều kiện:

- Được đăng ký theo chương trình Medicaid (bao gồm cả MassHealth và HMO, v.v., nếu đăng ký qua Medicaid)
- Không có bảo hiểm y tế
- Là Thổ dân da đỏ (Thổ dân Mỹ) hay Thổ dân Alaska

Không đủ điều kiện tham gia VFC:

- Có bảo hiểm y tế và không phải là Thổ dân da đỏ (Thổ dân Mỹ) hay Thổ dân Alaska

Tên nhà cung cấp: Phòng Điều dưỡng Sở học chánh Worcester
14406 Địa chỉ nhà cung cấp: 768 Main Street, Worcester, MA 01608

Số PIN nhà cung cấp MDPH:

Sàng lọc vắc-xin phòng cúm dạng tiêm

Phần 4: Chỉ hoàn thành mặt này khi quý vị đồng ý cho con mình tiêm vắc-xin phòng cúm.

*Các trường bắt buộc

Việc trả lời những câu hỏi này sẽ giúp chúng tôi biết được liệu con quý vị cần 0, 1 hay 2 liều vắc-xin phòng cúm trong năm nay

***Nếu con quý vị từ 9 tuổi trở lên, hãy chuyển đến Phần 5 bên dưới.**

***Nếu con quý vị từ 8 tuổi trở xuống, hãy trả lời các câu hỏi khác trong hộp này.**

- Con quý vị đã nhận được 1 hoặc nhiều liều trong khoảng thời gian từ ngày 1 tháng 7 năm 2018 đến ngày 30 tháng 6 năm 2019? Có Không
- Nếu không, con quý vị có nhận được 2 hoặc nhiều hơn trong khoảng thời gian từ ngày 1 tháng 7 năm 2010 đến ngày 30 tháng 6 năm 2019 không? Có Không
- Con quý vị đã được tiêm vắc-xin phòng cúm trong mùa cúm này (kể từ ngày 1 tháng 7 năm 2019) chưa? **Không**
(Nếu không, hãy chuyển đến Phần 2) **Có**

Nếu có, vui lòng cho chúng tôi biết số liều và ngày tiêm phòng: 1 liều 2 liều

Liều 1: Ngày tiêm: tháng ____ ngày ____ 2019 **Liều 2:** Ngày tiêm: tháng ____ ngày ____ 2019

Phần 5: Thông tin để xác định xem con quý vị có cần tiêm vắc-xin phòng cúm năm học 2019-2020 không

Vui lòng chọn CÓ hoặc KHÔNG cho từng câu hỏi. Nếu quý vị trả lời "CÓ" cho một trong số 4 câu hỏi này, có nghĩa là con quý vị sẽ không thể được tiêm vắc-xin phòng cúm ở trường trừ khi có thông báo từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của con quý vị cho biết có thể tiêm vắc-xin phòng cúm con quý vị. Nếu quý vị trả lời "KHÔNG" cho tất cả các câu hỏi này, con quý vị sẽ được tiêm vắc-xin. Nếu quý vị không chắc chắn về câu trả lời, vui lòng kiểm tra với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của con quý vị.

*Các trường bắt buộc	KHÔNG	CÓ
1. Con quý vị có bị dị ứng với trứng không? *		
2. Con quý vị có bị dị ứng với gentamicin, neomycin, polymixin hoặc gelatin không? *		
3. Con quý vị đã bao giờ bị phản ứng nghiêm trọng với vắc-xin cúm trong quá khứ chưa? *		
4. Con quý vị đã bao giờ bị Hội chứng Guillain-Barre (một loại yếu cơ nghiêm trọng tạm thời) trong vòng 6 tuần sau khi tiêm vắc-xin phòng cúm? *		

DÀNH CHO VẮN PHÒNG:

Ngày Dịch vụ *VUI LÒNG ĐIỀN NGÀY	Loại Vax	NSX Vắc-xin	Số lô	HSD	Liều lượng (mL)	Tiểu bang cung cấp	Yêu cầu Bảo quản*	Đường tiêm	Vị trí tiêm (Khoanh tròn)	Ngày trên VIS	Ngày VIS Cung cấp
*	IIV4	Flulaval GSK			0,5	Có	Không	IM	Cánh tay P Cánh tay T Chân P Chân T	07/08/2015	

IIV4 = Vắc-xin cúm bất hoạt, có hóa trị bốn

***Chữ ký của Người tiêm Vắc-xin:**

***VIẾT HOA TÊN:**

Tên nhà cung cấp: Phòng Điều dưỡng Sở học chánh Worcester
Địa chỉ nhà cung cấp: 768 Main Street, Worcester, MA 01608

Số PIN nhà cung cấp MDPH: 14406