

**2020-2021 WPS इन्फ्लुएन्जा खोप स्वीकृति,
बाल्यावस्थाको खोप बीमा जानकारी र परीक्षण फाराम
इन्जेक्टेबल(फ्लु शट)**

खण्ड 1: खोप प्राप्त गर्ने विद्यार्थीको बारेमा जानकारी (कृपया प्रिन्ट गर्नुहोस्): *आवश्यकिय क्षेत्रहरू

गृहकोठा/शिक्षक:*	गेड: *		
नाम: (अन्तिम, पहिलो, MI)*	जन्ममिति: *	उमेर: *	लिंग: * पुरुष महिला
	महिना	दिन	वर्ष
जाति/जातियता: (लागू हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्) <input type="checkbox"/> अफ्रिकी अमेरिकी वा काला जाति <input type="checkbox"/> अमेरिकी भारती, अलास्का निवासी, मूल निवासी वा पहिले राष्ट्र <input type="checkbox"/> अरब वा मध्य-पूर्वी <input type="checkbox"/> एसियाली वा एसियाली अमेरिकी <input type="checkbox"/> हिस्प्यानिक, ल्याटिन वा ल्याटिनो <input type="checkbox"/> हवाईयन निवासी वा प्रशान्त दीपवासी <input type="checkbox"/> श्वेत, कौकेसियन वा युरोपियन अमेरिकन <input type="checkbox"/> अन्य: _____	गत वर्ष (2019-2020 विद्यालय वर्ष)मा विद्यार्थीले फ्लू खोप कहाँबाट प्राप्त गर्नुभएको थियो? <input type="checkbox"/> फ्लू खोप प्राप्त गर्नुभएन <input type="checkbox"/> अक्टोबरमा विद्यालय फ्लू क्लिनिकमा <input type="checkbox"/> विद्यालयमा आधारित स्वास्थ्य केन्द्रमा <input type="checkbox"/> शिशु रोग विशेषज्ञको कार्यालयमा <input type="checkbox"/> फार्मसीमा (उदाहरण: वालग्रिन्स, CVS आदी) <input type="checkbox"/> अन्य: _____		

खण्ड 2: खोपको लागि स्वीकृति:

बच्चाको खोपको लागि स्वीकृति: मैले इन्फ्लुएन्जा खोप र जोखिम तथा लाभहरू बुझ्नको लागि 2019-2020 (2020-2021 को लागि परिवर्तन नगरिएका) खोप जानकारी विवरण पढ्दछु र मेरो लागि बयान गर्दछु।	
मासाचुसेट्स खोप जानकारी प्रणाली (MIIS) मा उक्त जानकारीको बिलिड गर्न र प्रवेश/साझा गर्न मेरो बिमा कम्पनीको लागि, खोप प्रशासनको लागिमैले स्वीकृति दिन्छु। (यदि यी स्वीकृतिलाई हस्ताक्षर गरिएको, मिति लेखिएको र फर्काइएको छैन भने,, मेरो बच्चालाई खोप दिइएको हुने छैन।) _____ / ____ / ____ अभिभावक/ कानूनी अभिभावकको हस्ताक्षर मिति	म यस फारामको शीर्ष स्थानमा मेरो बच्चालाई फ्लू खोप प्राप्त गर्नको लागि स्वीकृति दिन्छु। _____ / ____ / ____ अभिभावक/ कानूनी अभिभावकको हस्ताक्षर मिति

खण्ड 3: बीमा जानकारी

बीमा जानकारी सम्पूर्ण सदस्य ID नम्बर र उक्त नम्बर को भागको कुनै पनि पत्रहरू समावेश

बिमा कम्पनीको नाम: *	सदस्यको ID नम्बर: *	समूह ID नम्बर: (उपलब्ध छ भने)
----------------------	---------------------	-------------------------------

यदि व्यक्तिले प्राप्त गर्नुभएका खोप सदस्य होइनन् भने कृपया निम्न कुराहरू पूरा गर्नुहोस्:

सदस्यको नाम: (अन्तिम, पहिलो, MI) *	सदस्यको जन्म मिति: *	लिंग: (गोलो लगाउनुहोस्) *
	महिना	दिन
सदस्यसम्मको बिरामीसँगको सम्बन्ध (गोलो लगाउनुहोस्)*	बच्चा	अन्य

***बीमा कार्डको फोटो प्रतिलिपि संलग्न गर्नुहोस् (यदि उपलब्ध छ भने)**

18 वर्ष र सोभन्दा बढी उमेरका बालबालिकाहरू र वयस्कका लागि:

बालबालिका (VFC) कार्यक्रमको लागि भ्याक्सिन उपयुक्त छ:

- मेडिकेड नामांकित छ (सहितका मास हेल्थ र HMOs आदि। यदि मेडिकेड मार्फत नामांकित भएमा)
- स्वास्थ्य बीमा हुँदैन
- अमेरिकी भारतीय (मूल अमेरिकी) वा अलास्काको आदिवासीलाई

VFC-उपयुक्त छैन:

- स्वास्थ्य बीमा हुन्छ र अमेरिकी भारतीय (मूल अमेरिकी) वा अलास्काको आदिवासीलाई हुँदैन

प्रदायकको नाम: वस्टर पब्लिक स्कूलहरू नर्सिङ

MDPH प्रदायकको PIN#: 14406

प्रदायकको ठेगाना: 768 मुख्य स्ट्रीट, वस्टर MA01608 मा

इन्जेक्टेबल फ्लू खोपको लागि स्क्रिनिङ (शट)

खण्ड 4: तपाईंको बच्चालाई फ्लू खोप पूरा गर्ने स्वीकृति दिनुहुन्छ भने मात्र उक्त साइड पूरा गर्नुहोस्।

*आवश्यकिय क्षेत्रहरु

यो वर्ष तपाईंको बच्चालाई 0, 1, वा 2 फ्लू खोपको मात्रा आवश्यक पर्नेछ वा पर्नेछैन भनी जान्नको लागि यी प्रश्नहरूको उत्तर दिन मद्दत गर्नेछ

तपाईंको बच्चा 9 वर्ष वा सोभन्दा बढी उमेरको हुनुहुन्छ भने तलको खण्ड 5 मा जानुहोस्।

तपाईंको बच्चा 8 वर्ष वा सोभन्दा बढी उमेरको हुनुहुन्छ भने यो बक्समा रहेका अन्य प्रश्नको उत्तर दिनुहोस्।

1. तपाईंको बच्चाले जुलाई 1, 2019 र जुन 30, 2020 को बिचमा 1 वा सोभन्दा बढि मात्राहरू प्राप्त गर्नुभएको थियो?

गर्नुभएको थियो गर्नुभएको थिएन

2. यदि गर्नुभएको थिएन भने, तपाईंको बच्चाले जुलाई 2, 2010 र जुन 30, 2020 को बिचमा 1 वा सोभन्दा बढि मात्राहरू प्राप्त गर्नुभएको थियो? गर्नुभएको थियो गर्नुभएको थिएन

3. तपाईंको बच्चाले यो फ्लू मौसम (जुलाई 1, 2020 बाट) बाट फ्लू खोप प्राप्त गर्नुभएको छ? **गर्नुभएको थिएन (यदि खण्ड 2 मा जानुभएको थिएन भने)** **गर्नुभएको थियो**

यदि थियो भने, कृपया हामीलाई मात्राहरूको नम्बर र खोपको मितिहरू भन्नुहोस्: 1 मात्रा 2 मात्रा

मात्रा 1: प्राप्त गरेको मिति: महिना _____ दिन _____ 2020 **मात्रा 2:** प्राप्त गरेको मिति: महिना _____

दिन _____ 2020

खण्ड 5: तपाईंको बच्चाले 2020-2021 सम्ममा फ्लू खोप प्राप्त गर्नुभूँच भने निर्धारणको लागि जानकारी

(कृपया प्रत्येक प्रश्नमा छ वा छैन जाँच गर्नुहोस्)। यदि एक वा 4 भन्दा बढि प्रश्नहरूमा तपाईंले छ उत्तर दिनुहुन्छ भने तपाईंको बच्चाले फ्लू खोप प्राप्त गर्नको लागि तपाईंको बच्चाको स्याहार प्रदायकले ठिक छ भनी नोट नहुदासम्म तपाईंको बच्चाले विद्यालयमा फ्लू खोप प्राप्त गर्न सक्षम हुनुहुदैन। यदि ती सबै प्रश्नहरूको जवाफ छैन दिनुहोस् भने तपाईंको बच्चाले खोप प्राप्त गर्नुहुनेछ। तपाईं उत्तरहरू दिन निश्चित हुनुहुदैन भने कृपया तपाईंको बच्चाको स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकसँग जाँच गर्नुहोस्।

*आवश्यकिय क्षेत्रहरु	होइन	छ
1. तपाईंको बच्चालाई अण्डाहरूमा एलर्जी भएको छ? *		
2. तपाईंको बच्चालाई जेन्टामेसिन, न्योम्यासेन, पोल्यामेक्सिन वा जिलेटिनमा एलर्जी भएको छ? *		
3. तपाईंको बच्चाले विगतमा फ्लू खोप लगाउन कहिल्यै गम्भीर प्रतिक्रिया देखाउनुभएको छ? *		
4. तपाईंको बच्चालाई फ्लू खोप प्राप्त गरेपछि 6 हप्ताभित्र Guillain-Barre सिन्ड्रोम (अल्पकालिन गम्भिर मांसपेशी कमजोरीको एक प्रकार) भएको छ? *		

कार्यालय प्रयोजनको लागि मात्र:

मितिदेखि सेवा	Vax प्रकार	खोप Mfgr.	लट नम्बर।	म्याद समाप्ति मिति	मात्रा (ML)	राज्य वितरण गरिएको	संरक्षण गर्नुहोस्। नि शुल्क*	इन्जेक्शन रूट	सुई लगाइएको स्थान	मिति अन VIS	मिति VIS दिइएको
*कृपया भर्नुहोस्									(गोलो लगाउनुहोस्)		

मिति											
*	IIV4	Flulaval GSK			0.5	छ	छ	IM	R आर्म L आर्म R ल L ल	8/15/19	

IIV4 = निष्क्रिय गरिएको इन्फ्लुएन्जा खोप, क्वाड्रिभ्यालेन्ट

***खोप प्रशासकको हस्ताक्षर:**

***छापिएको नाम:**

प्रदायकको नाम: वस्टर पब्लिक स्कूलहरू नर्सिङ

Provider ठेगाना: 768 मुख्य स्ट्रिट, वस्टर MA01608 मा

MDPH प्रदायकको PIN#: 14406