

**ĐỒNG Ý TIÊM VẮC-XIN CÚM CỦA WPS NĂM HỌC 2020-2021,  
Thông tin bảo hiểm vắc-xin cho trẻ em và MẪU SÀNG LỌC**

**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"> <li><input type="checkbox"/> Người Mỹ gốc Phi hoặc Người da đen</li> <li><input type="checkbox"/> Thổ dân Mỹ, Thổ dân Alaska, Người bản xứ hoặc Người Anh-Điêng</li> <li><input type="checkbox"/> Người Ả Rập hoặc Người Trung Đông</li> <li><input type="checkbox"/> Người châu Á hoặc Người Mỹ gốc Á</li> <li><input type="checkbox"/> Người có nguồn gốc từ nước nói tiếng Tây Ban Nha hoặc Mỹ Latinh</li> <li><input type="checkbox"/> Thổ dân Hawaii hoặc Người đảo Thái Bình Dương</li> <li><input type="checkbox"/> Người da trắng, Người Cáp-ca hoặc Người Mỹ gốc Âu</li> <li><input type="checkbox"/> Khác: _____</li> </ul>	Học sinh đã được tiêm vắc-xin cúm <b>năm ngoài</b> (năm học 2019- 2020) ở đâu? <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Không được tiêm vắc-xin cúm</li> <li><input type="checkbox"/> Tại phòng khám cúm của trường vào tháng 10</li> <li><input type="checkbox"/> Tại trung tâm y tế của trường</li> <li><input type="checkbox"/> Tại phòng khám nhi</li> <li><input type="checkbox"/> Tại hiệu thuốc (ví dụ: Walgreen, CVS, v.v.)</li> <li><input type="checkbox"/> Khác: _____</li> </ul>		

**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 2019-2020 (không thay đổi trong giai đoạn 2020-2021) 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: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Được đăng ký theo chương trình Medicaid (bao gồm cả MassHealth và HMO, v.v., nếu đăng ký qua Medicaid)</li> <li><input type="checkbox"/> Không có bảo hiểm y tế</li> <li><input type="checkbox"/> Là Thổ dân da đỏ (Thổ dân Mỹ) hay Thổ dân Alaska</li> </ul> Không đủ điều kiện tham gia VFC: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Có bảo hiểm y tế và không phải là Thổ dân da đỏ (Thổ dân Mỹ) hay Thổ dân Alaska</li> </ul>
--

## 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.**

1. Con quý vị đã nhận được 1 hoặc nhiều liều trong khoảng thời gian từ ngày 1 tháng 7 năm 2019 đến ngày 30 tháng 6 năm 2020?  Có  Không

2. Nếu không, con quý vị có nhận được 2 hoặc nhiều liều hơn trong khoảng thời gian từ ngày 1 tháng 7 năm 2010 đến ngày 30 tháng 6 năm 2020 không?  Có  Không

3. Con quý vị đã được tiêm vắc-xin phòng cúm trong mùa cúm này (kể từ ngày 1 tháng 7 năm 2020) 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 \_\_\_\_ 2020 **Liều 2:** Ngày tiêm: tháng \_\_\_\_ ngày \_\_\_\_ 2020

### Phần 5: Thông tin để xác định xem con quý vị có cần tiêm vắc-xin phòng cúm năm học 2020-2021 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 VĂN PHÒNG:

Ngày Dịch vụ <b>*VUI LÒNG ĐIỀN NGÀY</b>	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	8/15/19	

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