प्रत्येक खोप लगाउने व्यक्तिले यो फाराम पूरा गर्न आवश्यक हुन्छ। बीमासम्बन्धी जानकारी उपलब्ध छैन भने, कृपया विद्यमान जानकारी प्रयोग गरेर सम्भव भएसम्म भर्नुहोस्।

खोप लगाउने व्यक्तिको बारेमा जानकारी (कृपया प्रिन्ट गर्नुहोस्): *आवश्यकिय क्षेत्रहरू

नाम: (अन्तिम,पहिलो,बीचको)*	जन्ममिति: * _____ महिना _____ दिन _____ वर्ष	उमेर*	लिङ्ग: (गोलो लगाउनुहोस्)* पुरूष महिला
स्ट्रिट ठेगाना:*			
सहर:*	राज्य: *	जिपः*	फोन:* ( )

जातियता: ☐ हिस्प्यानिक वा ल्याटिनो ☐ हिस्पानिक वा ल्याटिनो नभएको ☐ अज्ञात	
जाति: ☐ अमेरिकी भारती वा अलास्का निवासी ☐ एसियाली ☐ काला वा अफ्रिकी-अमेरिकन ☐ हवाई निवासी वा अन्य प्रशान्त द्वीपवासी	☐ अन्य जाति ☐ अज्ञात/अनिर्धारित ☐ सेतो

बीमासम्बन्धी जानकारी: *सम्पूर्ण सदस्य ID नम्बर र उक्त नम्बरको भागको कुनै पनि पत्रहरू समावेश*

बिमा कम्पनीको नाम:*	सदस्यको ID नम्बर:*	समूह ID नम्बर: (उपलब्ध छ भने)
Medicare नम्बर:	Medicare प्राथमिक हो? हो होइन	सदस्य सेवानिवृत्त हुनुहुन्छ? छ छैन

बिमा सदस्यहरू/नीति धारक, कृपया निम्न कुराहरू पूरा गर्नुहोस्:

सदस्यको नाम: (अन्तिम,पहिलो,बीचको)*	सदस्यको जन्म मिति: * _____ महिना _____ दिन _____ वर्ष		लिङ्ग: (गोलो लगाउनुहोस्)* पुरूष महिला
सदस्यको स्ट्रिट ठेगाना:* (माथिको ठेगाना भन्दा भिन्न छ भने)			
सहर:*	राज्य:*	जिपः *	फोन:* ( )
सदस्यसम्मको बिरामीसँगको सम्बन्ध: (गोलो लगाउनुहोस्)*	जीवनसाथी	बच्चा	अन्य

मलाई एक प्रतिलिपि दिइएको छ र मैले 2021 कोभिड खोपको तथ्य पाना पढेको छु र/वा मलाई सम्झाइएको छ र जोखिम/लाभहरूबारे बुझेको छु। मासाचुसेट्स खोप जानकारी प्रणाली (MIIS) मा उक्त जानकारीको बिलिङ गर्न र प्रवेश/साझा गर्न मेरो बिमा कम्पनीका लागि खोप प्रशासनको लागि मैले अनुमति दिन्छु।

#1) _____ मिति: _____

(बिरामी, आमाबुवा वा कानूनी अभिभावकको हस्ताक्षर)

#2) _____ मिति: _____

(बिरामी , आमाबुवा वा कानूनी अभिभावकको हस्ताक्षर)

	परीक्षणसम्बन्धी प्रश्न (कृपया क्लिनिक भन्दा पहिला पूरा गर्नुहोस्। जानकारी खोप लगाउने व्यक्तिद्वारा समीक्षा गरिने छ।)	छ	होइन
1	तपाईंसँग कोभिड-19 खोप लगाउनेसम्बन्धी विशेष प्रश्नहरू छन्?		
2	तपाईं हालै बिरामी हुनुहुन्छ, बिरामी महसुस गर्नुभएको छ वा 100°F भन्दा माथि ज्वरो आएको छ?		
3	तपाईंले पहिला कोभिड-19 खोप लगाउनु भएको थियो? थियो भने, कुन_____ मिति_____		
4	तपाईंलाई कोभिड-19 खोप लगाउनु पूर्व प्रतिकूल वा एलर्जिक प्रतिक्रिया वा कुनै पनि अन्य खोप वा सुईबाट दिन सकिने थेरापीको एलर्जिक प्रतिक्रिया भएको थियो?		
5	तपाईंलाई हेमोफिलिया वा अन्य रक्तस्राव विकार भएको छ वा रगत पातलो बनाउने औषधि लिनुभएको छ?		
6	तपाईंलाई प्रतिरक्षा प्रणाली कमजोर अवस्था (HIV/AIDS, क्यान्सर, ल्यूकेमिया इत्यादि) भएको छ वा इम्यूनोसप्रेशिभ औषधि लिनु भएको छ वा उपचार (स्टेरोइड, केमोथेरापी उपचार, विकिरण थेरापी) गर्नुभएको छ?		
7	तपाईं गर्भवती हुनुहुन्छ वा हुन सक्नुहुन्छ वा तपाईंले स्तनपान (स्तनपान) गराउँदै हुनुहुन्छ?		
8	तपाईंले पछिल्लो 14 दिनमा अर्को खोप प्राप्त गर्नुभएको छ? छ भने, तपाईं आज कोभिड खोप लगाउन सक्नुहुन्न।		
9	तपाईंलाई कहिल्यै पनि कोभिड-19 रोग लागेको थियो? थियो भने, तपाईं स्वस्थ हुनुभयो? तपाईंले उपचारको रूपमा मोनोक्लोनल एन्टिबडीज वा कन्डिशन्ड प्लाज्मा लिनु भएको छ? छ भने, कृपया खोप लगाउन उपचार गरेको मितिदेखि 90 दिनसम्म पर्खनुहोस्।		

****

क्लिनिक/कार्यालय प्रयोजनका लागि मात्र

Date of Service	Vax Type	Vaccine Mfgr	Lot No	Exp Date	Dose (mL)	State Supplied	Preserv Free	Injection Route	Injection Site (Circle)	Date On FAQ	Date FAQ Given
#1	COVID19	Pfizer Pedi Pfizer			0.2 0.3	Yes	Yes	IM	R Arm L Arm	01/31/2022 01/31/2022	
#2	COVID19	Pfizer Pedi Pfizer			0.2 0.3	Yes	Yes	IM	R Arm L Arm	01/31/2022 01/31/2022	
#3	COVID19	Adult Only Pfizer Booster			0.3	Yes	Yes	IM	R Arm L Arm	01/31/2022	

Dose #1) Signature of Vaccine Administrator:

_____

Dose #2) Signature of Vaccine Administrator:

_____