Informacioni Sigurimi për COVID-19 dhe Formular Kontrolli 2022

Plotësimi i këtij formulari është i nevojshëm për çdo individ që ka bërë vaksinën. Nëse nuk ka informacion të disponueshëm për sigurim, lutemi të ndani sa më shumë të mundeni, duke përdorur atë informacion që keni.

Informacion lidhur me personin që do bëjë vaksinën (shkruani qartë): *Informacion i Nevojshëm

Emri: (Mbiemër, Emër, emër tjetër)*	Data e lindjes: * ____ ____ ____ Muaji Dita Viti	Mosha*	Gjinia: (Rretho)* Mashkull Femër
Adresa:*			
Qyteti:*	Shteti: *	Kodi Postar:*	Telefoni:* ( )

Etnia: • Hispanik/e ose Latin/e • Jo Hispanik/e ose Latin/e • E panjohur	
Raca: • Indian/e Amerike ose Vendas/e Alaske • Aziatik/e • Zezak/e ose Afrikan/e-Amerikan/e • Vendas/e nga Hawaii apo nga Ishuj të tjerë të Paqësorit	• Racë Tjetër • E panjohur/E papërcaktuar • I/E bardhë

Informacion mbi Sigurimin: *Përfshini numrin e plotë ID të anëtarësimit dhe çdo shkronjë që është pjesë e atij numri*

Emri i Kompanisë së Sigurimit:*	Numri ID i Anëtarësimit:*	Numri ID në Grup: (nëse ka)
Numri i Medicare:	Është Medicare Primare? Po Jo	A Është Abonenti/ja në Pension? Po Jo

Abonenti/ja në sigurim/përfituesi/ja i/e policës, lutemi të plotësoni sa më poshtë:

Emri i Anëtarit/es: (Mbiemri, Emri, emër tjetër)*	Datëlindja e Anëtarit/es: * ____ ____ ____ Muaji Dita Viti	Gjinia: (Rretho)* Mashkull Femër
Adresa e Anëtarit/es's:* (Nëse e ndryshme nga adresa më sipër)		

Qyteti:*	Shteti:*	Kodi Postar: *	Telefon:* ( )
Marrëdhënia e Pacientit/es me Anëtarin/en: (Rretho)* Bashkëshort/e I biri/E bija Tjetër			

Më është dhënë një kopje dhe kam lexuar, dhe/ose më është shpjeguar Fleta e të Dhënave 2021 për COVID. I kuptoj rreziqet/përfitimet. Jap lejen për administrimin e vaksinës, që kompania ime e sigurimit të faturohet, si edhe për përfshirjen/ndarjen e këtij informacioni në Sistemin Informues të Imunizimin të Massachusetts (MIIS).

#1) _____ Data: _____

(Firma e pacientit/es, prindit ose kujdestarit/es ligjore)

#2) _____ Data: _____

(Firma e pacientit/es, prindit ose kujdestarit/es ligjore)

Provider (Check)	Provider Name/Address	Provider PIN #:
	Town of Grafton, Board of Health, 30 Providence Road, Grafton, MA 01519	14900
	Town of Holden, Board of Health, 1196 Main Street, Town Hall, Holden, MA 01520	22556
	Town of Shrewsbury, Board of Health, 100 Maple Avenue, Shrewsbury, MA 01545	11542
X	City of Worcester, Division of Public Health, 25 Meade Street, Room 200, Worcester, MA 01610	11816

	PYETJE KONTROLLUESE (Lutemi ta plotësoni para se të shkoni në klinikë. Informacioni do të shqyrtohet nga personi që bën vaksinën.)	PO	JO
1	A keni pyetje specifike lidhur me marrjen e Vaksinës për COVID-19?		
2	A jeni momentalisht i/e sëmurë, ndiheni i/e sëmurë apo keni temperaturë mbi 38°C (100°F)?		
3	A keni marrë më parë një vaksinë për COVID-19? Nëse po, cilën_____ Data_____		
4	A keni pasur ndonjë efekt anësor apo reaksion alergjik ndaj një vaksine të mëparshme për COVID-19 apo ndonjë reagim alergjik ndaj çfarëdo vaksine apo terapie injektuese?		
5	A keni hemofili apo ndonjë tjetër çrregullim të gjakut ose merrni ndonjë hollues gjaku?		
6	A keni ndonjë gjendje imunokompromentuese (HIV/AIDS, tumor, leucemi, etj.) apo merrni ndonjë mjekim apo trajtim imunokompromentues (steroide, kimioterapi, terapi radiative, etj.)?		
7	A jeni apo planifikoni të mbeteni shtatzënë apo jeni duke ushqyer me gji?		
8	A keni marrë ndonjë vaksinë tjetër brenda 14 ditëve të fundit? Nëse po, nuk mund të merrni vaksinën kundër COVID sot.		
9	A keni qenë ndonjëherë i/e diagnostikuar me COVID 19? Nëse po, a jeni shëruar? A keni marrë antitrupa monoklonalë apo plazmë konvaleshente si trajtim? Nëse po, lutemi të prisni 90 ditë nga data e trajtimit për të marrë vaksinën.		

****

Për Klinikën/Përdorim Zyre Vetëm

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:

_____