

### 코로나19 예방 접종 선별 및 동의서\*

피접종자 이름(정자체로 기입)		선호하는 이름		
생년월일	현재 성별 ID 여기를 클릭하여 선택	<b>키:</b> W — 여성/여아      TW — 트랜스젠더 여성/여아      M — 남성/남아 TM — 트랜스젠더 남성/남아      NB — 여성도 남성도 아님      GNC - 성별 비순응자 Q — 확실하지 않음/잘 모름      NR — 응답하지 않기로 선택 GNL - 성별이 목록에 없음(기입) *성별 대명사: 고객의 이름으로 기입		
출생 시 성별 여기를 클릭하여 선택		<b>키(Key):</b> M — 남성      F — 여성 I — 중성      NR — 응답하지 않기로 선택 SNL — 성적 지향 목록에 없음(기입)		
결혼 상태 여기를 클릭하여 선택		<b>키(Key):</b> S — 싱글      D — 이혼      M — 결혼 W — 사별      V — 시민 결합      U — 알 수 없음 별거 — 법적 별거      파트너 — 반려자		
주소		시	주	우편번호
				이메일 주소
부모/보호자/대리인(해당하는 경우 정자체로 기입)		전화	선호하는 언어	
<b>민족성 키:</b> 여기를 클릭하여 선택 DECL — 응답 거부 HIS — 히스패닉 NHL — 비 히스패닉 UK - 알 수 없음		<b>인종 키:</b> 여기를 클릭하여 선택 AIA — 아메리카 원주민 또는 알래스카인 BAA - 아프리카계 미국인 또는 흑인 NHP — 하와이 원주민 또는 태평양 군도인 WHT - 백인 ASN — 아시아인 DECL - 응답 거부 OTH — 기타 또는 다인종		
1차 보험명	1차 보험 ID 번호		가입자 이름/생년월일	환자에 대한 가입자의 관계
1차 보험 주소		1차 보험 그룹 번호		1차 보험 전화번호
2차 보험명	2차 보험 ID 번호		가입자 이름/생년월일	환자에 대한 가입자의 관계
2차 보험 주소		2차 보험 그룹 번호		2차 보험 전화번호
백신을 투여하는 클리닉/진료소		일차 진료 의사 주소/전화번호		
<b>선별검사 설문지</b>				
1.	오늘 몸이 아프십니까?		<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
2.	지난 10일 동안 코로나19 검사를 받았거나 의료서비스 제공자 또는 보건부가 코로나19 감염으로 인해 자택에서 격리하라고 통보한 적이 있습니까?		<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 모름
3.	지난 10일 동안 의료서비스 제공자 또는 보건부가 코로나19 노출 또는		<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 모름

	여행으로 인해 자택에서 격리하라고 통보한 적이 있습니까?			
4.	지난 90일(3개월) 중 코로나19에 대한 항체 요법 또는 완치자 혈장 치료를 받았습니까? 치료를 받았다면 언제 마지막으로 투여받았습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 모름
5.	일체의 백신 또는 주사, 또는 폴리에틸렌 글리콜(polyethylene glycol, PEG) 또는 폴리소르베이트 등의 코로나19 백신 성분에 두드러기, 얼굴 부종, 호흡 곤란 또는 아나필락시스 등의 알레르기 반응이 발생한 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 모름
6.	독감 주사를 포함하여 지난 14일(2주) 동안 백신을 접종한 적이 있습니까? 그렇다면 가장 최근의 백신 접종은 언제였습니까? 날짜: _____	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 모름
7.	임신 중이거나 임신을 고려 중입니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 모름
8.	암, 백혈병, HIV/에이즈(AIDS), 자가 면역 질환의 병력 또는 면역 체계를 약화시키는 다른 상태가 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 모름
9.	코티손, 프레드니손 또는 다른 스테로이드, 항암제와 같이 면역 체계에 영향을 미치는 약물을 복용하십니까? 또는 방사선 치료를 받은 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 모름
10.	출혈성 장애가 있거나 혈액 희석제를 복용하고 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 모름
11.	코로나19 백신의 이전 접종분을 투여받았습니까?	여기를 클릭하여 선택	<input type="checkbox"/> 아니요	날짜: _____ (해당하는 경우)

### 긴급 승인(Emergency Use Authorization, EUA)

식품의약청(Food and Drug Administration, FDA)는 긴급 승인 하에 코로나19 백신을 사용할 수 있도록 했습니다. 긴급 승인은 코로나19 팬데믹과 같은 비상 상황에서 약물 및 생물학적 제품의 긴급 사용을 정당화할 상황이 존재할 때 사용됩니다. 이 백신은 식품의약청 승인 또는 허가된 의약품과 동일한 유형의 검토를 받지 않았습니다. 그러나 백신을 제공하기로 한 식품의약청의 결정은 이용 가능한 과학적 증거의 총합에 근거하였으며, 이는 백신의 알려진 혜택과 잠재적 이익이 알려진 위험과 잠재적 위험보다 크다는 것을 보여줍니다.

### 동의

본인은 코로나19 백신 접종에 관한 정보 시트를 읽었거나 설명을 들었습니다. 본인은 백신이 2회 접종을 필요로 한다면, 효과를 나타내기 위해 이 백신을 2회 접종(투여)해야 효과적이라는 것을 이해합니다. 본인은 질문을 할 기회가 있었으며 만족할 정도로 답변을 들었습니다(또한 본인이 대리 동의를 제공할 권한이 있는 위에 명기된 사람에게도 질문을 할 기회가 주어졌습니다.) 본인은 설명된 백신 접종의 이익과 위험을 이해합니다.

본인은 본인(또는 본인이 본 요청을 하고 대리 동의를 제공할 권한이 있는 위에 명기된 사람)에게 코로나19 백신 접종을 투여할 것을 요청합니다. 본인은 본 백신이 무료라는 사실을 이해합니다. 본인은 백신 투여에 대한 모든 금전이나 이익이 백신을 접종하는 제공자에게 배정 및 전달될 것이며, 여기에는 본인의 건강보험, 메디케어(Medicare) 또는 기타 본인의 치료에 재정적으로 책임이 있는 제3자로부터의 이익/금전이 포함됨을 이해합니다. 본인은 지불을 확인하고 관련 백신 등록부에 보고하는 등 기타 공중보건 목적을 위해 필요한 모든 정보(의무 기록, 청구 사본 및 항목별 청구서를 포함하되 이에 국한되지 않음)의 공개를 허가합니다.

피접종자/대리인/보호자(서명)	날짜/시간	이름(정자체로 기입)	환자와의 관계(피접종자가 아닌 경우)
------------------	-------	-------------	----------------------

전화 통역사의 ID 번호 또는	날짜/시간
------------------	-------

서명: 통역사	날짜/시간	정자체: 통역사의 이름 및 환자와 관계
---------	-------	-----------------------

**아래 영역은 백신 접종자가 작성**

**오늘 환자가 접종받는 백신은 무엇입니까?**

백신명	접종		긴급승인 정보 자료(Fact Sheet) 날짜	제조업체 및 로트 번호
화이자/바이오엔텍	<input type="checkbox"/> 첫 번째 접종	<input type="checkbox"/> 두 번째 접종		
모더나(Moderna)	<input type="checkbox"/> 첫 번째 접종	<input type="checkbox"/> 두 번째 접종		
아스트라-제네카(Astra-Zeneca)	<input type="checkbox"/> 첫 번째 접종	<input type="checkbox"/> 두 번째 접종		
얀센(Janssen)	<input type="checkbox"/> 단회 접종			

접종 부위             좌측 삼각근     우측 삼각근     좌측 대퇴부     우측 대퇴부

접종 용량             0.5 ml             0.3 ml

본인은 환자(및/또는 부모, 보호자 또는 대리인, 해당하는 경우)에게 백신에 관한 정보를 제공했으며 백신 접종에 대한 동의를 얻었습니다.

백신 접종자 서명:

**\* 이 양식의 사용은 선택 사항입니다.**