



2019 冠狀病毒病 (COVID-19) 免疫篩查和同意書*

接受者姓名 (請列印)		慣用名	
出生日期	目前的性別身份 在下方註明身份: <input type="text"/>	答案: W - 婦女/女孩 TW - 變性婦女/女孩 M - 男人/男孩 TM - 變性男人/男孩 NB - 非二元性別人士 GNC - 性別不明人士 Q - 不確定/質疑 NR - 選擇不回答 GNL - 性別未列出 (填寫) * 性別代詞: 按客戶姓名填寫	
出生時的性別 在下方註明性別: <input type="text"/>	答案: M - 男性 F - 女性 I - 雙性 NR - 選擇不回答 SNL - 性取向未列出 (填寫)	婚姻狀況 在下方註明狀況: <input type="text"/>	答案: S - 單身 D - 離異 M - 已婚 W - 喪偶 V - 伴侶關係 U - 未知 S - 合法分居 伴侶 - 生活伴侶
地址	城市	州	郵編
家長/監護人/代理人 (如適用, 請列印)		電話	電子郵件地址
種族 在下方註明種族: <input type="text"/>	種族答案: DECL - 已拒絕 HIS - 西班牙裔 NHL - 非西班牙裔 UNK - 未知	民族 在下方註明民族: <input type="text"/>	民族答案: AIA - 印第安人或者阿拉斯加人 ASN - 亞洲人 BAA - 非裔美國人或黑人 DECL - 已拒絕 NHP - 夏威夷原住民和太平洋島民 WHT - 白人 OTH - 其他或多種族人士
優先保險人姓名	優先保險人 ID#	訂閱者姓名/出生日期	訂閱者與患者的關係
優先保險人住址	優先保險人組別 #	優先保險人電話 #	
第二保險人姓名	第二保險人 ID#	訂閱者姓名/出生日期	訂閱者與患者的關係
第二保險人住址	第二保險人組別 #	第二保險人電話 #	
提供疫苗接種的診所/辦公地點	初級保健醫生的位址/電話		

篩選問卷

1.	您今天感覺不舒服嗎?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
2.	在過去的 10 天裡, 您是否因出現症狀而接受 2019 冠狀病毒病檢測且還在等待測試結果, 是否因感染、接觸 2019 冠狀病毒病或出行而被醫療服務提供者或衛生部門告知在家隔離或檢疫?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不知道
3.	在過去 90 天 (3 個月) 內, 您是否接受過 2019 冠狀病毒病抗體治療或恢復期血漿治療? 如果是, 你最後一次用藥是什麼時候? 日期: _____	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不知道
4.	你曾經對任何疫苗、針劑注射、疫苗注射或 2019 冠狀病毒病疫苗的任何成分產生過立即的過敏反應 (例如蕁麻疹、面部腫脹、呼吸困難或過敏症) 或對任何成分有嚴重過敏反應 (過敏症)?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不知道
5.	你在過去 14 天 (2 周) 是否注射了疫苗, 包括流感疫苗? 如果是, 你最近一次接種疫苗是多久以前? 日期: _____	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不知道
6.	你懷孕了或者正在考慮懷孕?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不知道

7.	你是否患有癌症、白血病、愛滋病毒/愛滋病、自身免疫性疾病或其他任何削弱免疫系統的疾病？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不知道
8.	您是否服用過影響免疫系統的藥物，例如可的松、強的松或其他類固醇、抗癌藥物，或接受過放療？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不知道
9.	你有出血性疾病嗎？或者在服用血液稀釋劑？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不知道
10.	您以前接種過 2019 冠狀病毒病疫苗嗎？ 如果有，是什麼疫苗？	<input type="checkbox"/> 摩德納公司 (Moderna) <input type="checkbox"/> 輝瑞公司 (Pfizer)		<input type="checkbox"/> 否 日期： _____ (如適用)

緊急使用授權

美國食品與藥品管理局已根據緊急使用授權提供 2019 冠狀病毒病疫苗。在出現緊急情況（例如 2019 冠狀病毒病疫情）時，緊急使用授權被用於證明緊急使用藥物和生物製品是合理的。該疫苗沒有經歷與美國食品與藥品管理局批准的產品相同類型的審查。然而，美國食品與藥品管理局的決定是基於現有的科學證據，表明疫苗已知的和潛在的益處大於已知的和潛在的風險。

同意書

我已經閱讀或者已經有人向我解釋了關於 2019 冠狀病毒病疫苗接種的資訊頁。我明白如果我的疫苗需要兩劑，我將需要被注射兩劑才能使其生效。我獲得了提問的機會，並且得到了滿意的答案（並確保我有權提供代理同意的上述人士也有機會提問）。我瞭解上述疫苗接種的益處和風險。

我請求將 2019 冠狀病毒病疫苗接種給我（或我授權作出此請求並提供代理同意的上述人士）。我知道這種疫苗對我免費。本人明白接種疫苗的所有資金或福利將被分配並轉移給接種疫苗的機構，包括我的健康計畫、醫療保險或其他對我的醫療負責的第三方的資金。本人授權提供所有必要的資訊（包括但不限於醫療記錄、索賠副本和詳細帳單）以核實付款，以及其他公共衛生目的所需的資訊，包括向適用的疫苗登記機構報告。

接受人/代理人/監護人（簽名）接受者	日期/時間	印刷體姓名	與患者的關係 (如果不是接受者)
--------------------	-------	-------	---------------------

電話口譯員 ID # 或	日期/時間
-----------------	-------

簽字：口譯員	日期/時間	印刷體簽名：口譯員的姓名及與患者的關係
--------	-------	---------------------

Area Below to be Completed by Vaccinator			
Which vaccine is the patient receiving today?			
Vaccine Name	Administration		Manufacturer & Lot Number
Pfizer/ BioNTech	<input type="checkbox"/> First Dose	<input type="checkbox"/> Second Dose	
Moderna	<input type="checkbox"/> First Dose	<input type="checkbox"/> Second Dose	
Astra-Zeneca	<input type="checkbox"/> First Dose	<input type="checkbox"/> Second Dose	
Janssen	<input type="checkbox"/> Single Dose		

Administration Site Left Deltoid Right Deltoid Left Thigh Right Thigh

Dosage 0.5 ml 0.3 ml

I have provided the patient (and/or parent, guardian or surrogate, as applicable) with information about the vaccine and consent to vaccination was obtained.

Vaccinator Signature: _____

**Use of this form is optional. In the ongoing effort to address health disparities it is essential that all demographic information is collected at the time of COVID-19 vaccination including sex/gender identity and race/ethnicity.*

Updated January 20, 2021