



קאָויד-19 אימוניזאציע בארעכטיגונג באשטימונג און צושטימונג בויגן\*

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| נאמען פון באקומער (ביטע שרייבט ארויס)  |  | נאמען וויאזוי באקומער וויל גערופן ווערן  |  |
| DOB  |  | <b>ר"ת:</b><br>W – פרוי/מיידל TW – טראנסדזשענדער פרוי/מיידל M – מאן/יונגל<br>TM – טראנסדזשענדער מאן/יונגל NB – נישט ביינערי<br>GNC – געהערט נישט צו איין דזשענדער<br>Q – נישט זיכער NR – וועלט אויס נישט צו ענטפערן<br>GNL – דזשענדער איז נישט אויסגערעכנט (שרייבט אריין)<br>* דזשענדער פראנאמען (ער/זי א.א.וו.): שרייבט אריין ביי די קליענט'ס נאמען |  |
| סעקס צוגעטיילט ביים געבורט <b>ר"ת:</b><br>צייכנט אן סעקס אונטן:<br>M – מאן F – פרוי<br>I – אינטערסעקס<br>NR – וועלט אויס נישט צו ענטפערן |  | <b>ר"ת:</b><br>חתונה סטאטוס<br>צייכנט אן סטאטוס אונטן<br>S – סינגל/קיינמאל נישט חתונה געהאט<br>D – גרושה M – חתונה געהאט<br>W – אלמנה V – ציווילע פאראייניגונג<br>U – אומבאקאנט<br>סעפערעיטעד – לעגאל סעפערעיטעד<br>פארטנער – לעבנס פארטנער (שותף)   |  |
| אדרעס  |  | שטאט   |  |
| עלטערן/גארדיען/סוראגעיט (אפטרופוס) (אויב עס איז דא איינס, שרייבט ביטע ארויס)   |  | טעלפאן   |  |
| אפשטאם   |  | <b>ראסע ר"ת:</b><br>צייכנט אן ראסע אונטן:<br>AIA – נעטיוו אמעריקאנער אדער אלאסקער<br>ASN – אזיאנער<br>BAA – אפריקא-אמעריקאנער אדער טונקל-הויטיג<br>DECL – וועלט אויס נישט צו ענטפערן<br>NHP – נעטיוו פון האוואאי אדער פאציפישע אינזלען<br>WHT – ווייס OTH – אנדערע אדער אויסגעמישט   |  |
| פריימערי אינשורענס נאמען   |  | פריימערי אינשורענס #ID   |  |
| פריימערי אינשורענס אדרעס   |  | פריימערי אינשורענס גרופע #   |  |
| סעקאנדערי אינשורענס נאמען  |  | סעקאנדערי אינשורענס #ID  |  |
| סעקאנדערי אינשורענס אדרעס  |  | סעקאנדערי אינשורענס גרופע #  |  |
| קליניק/אפיס וואו וואקסין ווערט געגעבן  |  | פריימערי קעיר דאקטאר אדרעס/טעלעפאן נומער   |  |

סעלעקציע אונטערזיכונג פראגע בויגן

|    |  |                               |                             |
|----|--|-------------------------------|-----------------------------|
| 1. | צו פילט איר קראנק היינט?   | <input type="checkbox"/> ניין | <input type="checkbox"/> יא |
| 2. | צו האט איר אין די לעצטע 10 טעג באקומען א קאָויד-19 טעסט צוליב דעם וואס איר האט געהאט סימפטאמען און איר ווארט נאך אויף די טעסט רעזולטאטן, אדער זענט איר אָנגעזאָגט געווארן דורך א דאקטאר אדער העלט דעפארטמענט זיך צו איזולירן אדער קוואראנטינען אינדערהיים צוליב קאָויד-19 אינפעקציע אדער א חשש פון ריזיקירונג? | <input type="checkbox"/> ניין | <input type="checkbox"/> יא |

|     |  |                             |                               |                                    |
|-----|--|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| 3.  | זענט איר באהאנדלט געווארן מיט אַנטיבאדי טעראפיע אדער קאנוועלעסענט פלעזמע פאר קאָויד-19 אין די פאראנגענע 90 טעג (3 חדשים)? אויב יא, ווען האט איר באקומען די לעצטע דאזע? דאטום: _____  | <input type="checkbox"/> יא | <input type="checkbox"/> ניין | <input type="checkbox"/> אומבאקאנט |
| 4.  | האט איר אמאל געהאט א באלדיגע אלערגישע רעאקציע (צ.ב.ש אויסשלאגן, געשוואלענע פנים, שוועריקייט צו אטעמען, ענפילעקסיס) צו סיי וועלכע וואַקסין, איינשפריץ אדער שאַט, אדער צו סיי וועלכע באשטאנדטייל פון די קאָויד-19 וואַקסין, אדער שווערע אלערגישע רעאקציע (ענפילעקסיס) צו סיי וואס? | <input type="checkbox"/> יא | <input type="checkbox"/> ניין | <input type="checkbox"/> אומבאקאנט |
| 5.  | צו האט איר באקומען סיי וועלכע וואַקסין אין די פאראנגענע 14 טעג (צוויי וואכן) אריינרעכענענדיג די פלו שאַט? אויב יא, ווי לאנג צוריק איז געווען די לעצטע וואַקסין? דאטום: _____   | <input type="checkbox"/> יא | <input type="checkbox"/> ניין | <input type="checkbox"/> אומבאקאנט |
| 6.  | זענט איר טראגעדיג אדער באטראכט איר זיך צו ווערן טראגעדיג?  | <input type="checkbox"/> יא | <input type="checkbox"/> ניין | <input type="checkbox"/> אומבאקאנט |
| 7.  | צו האט איר געהאט קענסער, ליוקימיע, HIV/AIDS, אדער סיי וועלכע געזונט פראבלעם וואס שוואכט אפ די אימיון סיסטעם?   | <input type="checkbox"/> יא | <input type="checkbox"/> ניין | <input type="checkbox"/> אומבאקאנט |
| 8.  | צו נעמט איר איין סיי וועלכע מעדיצינען וועלכע האבן א השפעה אויף אייער אימיון סיסטעם, ווי למשל קאַרטזאַון, פּרעדניזאָן אדער אנדערע סטערוידס, מעדיצינען קעגן קענסער, אדער זענט איר אריבער סיי וועלכע רעדיעישען באהאנדלונגען?  | <input type="checkbox"/> יא | <input type="checkbox"/> ניין | <input type="checkbox"/> אומבאקאנט |
| 9.  | צו האט איר א בלוטיגונג קראנקייט אדער נעמט איר א מעדיצין וואס מאכט די בלוט דינער?   | <input type="checkbox"/> יא | <input type="checkbox"/> ניין | <input type="checkbox"/> אומבאקאנט |
| 10. | האט איר אמאל באקומען א דאזע פון א קאָויד-19 וואַקסין? אויב יא, וועלכע וואַקסין? <input type="checkbox"/> מאַדערנא <input type="checkbox"/> פּייזער   | <input type="checkbox"/> יא | <input type="checkbox"/> ניין | דאטום: _____<br>(אויב שייך)        |

### עמערדזשענסי באנוץ באשטעטיגונג

די FDA האט ערלויבט דאס באנוץ פון דער קאָויד-19 וואַקסין אונטער אן עמערדזשענסי באנוץ באשטעטיגונג (Emergency Use Authorization, EUA). די EUA ווערט גענוצט אין אומשטענדן וועלכע בארעכטיגן דאס עמערדזשענסי באנוץ פון מעדיצינען אדער אנדערע ביאלאגישע פראדוקטן דורכאויס אן עמערדזשענסי ווי די קאָויד-19 עפידעמיע. דער וואַקסין איז נישט דורכגעגאנגען די זעלבע סארט אונטערזיכונג ווי אן FDA-באשטעטיגטע פראדוקט. דער באשלוס פון די FDA אויף צו ערלויבן דאס באנוץ פון דער וואַקסין איז אבער באזירט אויף די גרויסע צאל וויסנשאפטליכע באווייזן וועלכע צייגן אז די באקאנטע און פאטענציאלע בענעפיטן פון די וואַקסין וועגן איבער די באקאנטע און פאטענציאלע ריזיקירונגען.

### צושטימונג

איך האב געלייענט, אדער עס איז מיר ערקלערט געווארן, דער אינפארמאציע בלאט וועגן דער קאָויד-19 וואַקסין. איך פארשטיי אז אויב מיין וואַקסין פאדערט צוויי דאזעס, וועל איך דארפן באקומען צוויי דאזעס פון דער וואַקסין כדי אז עס זאל זיין ווירקזאם. איך האב געהאט א געלעגנהייט צו פרעגן פראגן, און זיי זענען געענטפערט געווארן אויף א צופרידנסטעלנדע אופן (און פארזיכערט אז דער אויבנדערמאנדער מענטש פאר וועם איך בין באשטימט צו מאכן באשליסן האט אויך א געלעגנהייט צו פרעגן פראגן). איך פארשטיי די בענעפיטן און די ריזיקירונגען פון דער וואַקסין לויט ווי זיי זענען מיר ערקלערט געווארן.

איך בעט אז מען זאל מיר גיבן דעם קאָויד-19 וואַקסין (אדער פאר דעם אויבנדערמאנטן מענטש פאר וועם איך בין באשטימט צו בעטן אין גיבן ערלויבעניש אויף זייער געהאלט). איך פארשטיי אז דער וואַקסין וועט מיר געגעבן ווערן בחנם. איך פארשטיי אז סיי וועלכע געלטער אדער בענעפיטס פארן צושטעלן דער וואַקסין וועלן געגעבן און אריבערגעפירט ווערן צו די צושטעלער פון דער וואַקסין, אריינגערעכנט די בענעפיטס/געלטער פון מיין געזונט-אינשורענס פלאן, מעדיקער אדער אנדערע פארטייען וואס זענען פאראנטווארטליך צו באצאלן פאר מיין געזונט-באנעמונגען. איך באשטעטיג ערלויבעניש ארויסצוגעבן אלע אינפארמאציע וואס איז נויטיג אויף פעסטצושטעלן באצאלונג (אריינרעכענענדיג, אבער נישט אויסגעשלאסן צו, מעדיצינישע רעקארדס, קאפיעס פון קלעימס און אינדוידואלע בילס) אדער וועלכע עס איז נויטיג פאר אנדערע פובליק געזונטהייט צוועקן, אריינגערעכנט באריכטונגען צו וואַקסיןירונג ליסטעס.

באקומער/אפוסטרופוס/גארדיען (אונטערשריפט) דאטום / צייט שרייבט ארויס דעם נאמען פארבינדונג צו פאציענט (אויב עס איז נישט זיך אליין) באקומער

טעלעפאנישע איבערטייטשער ID # דאטום / צייט **אדער**

אונטערשריפט: איבערטייטשער דאטום / צייט שרייבט ארויס: איבערטייטשער'ס נאמען און פארבינדונג צו פאציענט

| די פאלגנדע טייל דארף ווערן אויסגעפילט דורך דער וואס גיבט דער וואַקסין |                                      |                                      |                           |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------|
| 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: \_\_\_\_\_

**אָפּדעיטעד אום יאנואר 29, 2021**

**\*נוצן דעם בויגן איז נישט פארפליכטעט.**