**Pagpapatunay ng Pasyente para sa Bakuna Laban sa COVID-19 (preferred language Tagalog)**

Pangalan ng Pasyente (Apelyido, Pangalan): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Telepono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mobile Phone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Gagamitin ang impormasyong ito para makipag-ugnayan sa iyo para sa paalala sa iyong pangalawang dosis.)

Address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lungsod, Estado, Zip Code: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ang impormasyong makukuha sa seksyong ito ay makakatulong na matiyak na makakapaghatid kami ng patas at nakatuon sa pasyente na pangangalaga:**

Kasariang nakalista sa kapanganakan (mag-check ng isa):

|  |  |
| --- | --- |
| Lalaki: □ | Babae: □ |

Kinikilalang kasarian (mag-check ng isa):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lalaki: □ | Babae: □ | Non-Binary □ | Unspecified/Indeterminant: □ |

Ethnisidad (Mag-check ng isa):

|  |  |
| --- | --- |
| Hispanic o Latino (Kasama ang Spanish, Mexican, Puerto Rican, Cuban, atbp. □ | Hindi Hispanic, Isang taong hindi Spanish ang kultura o pinagmulan □ |

Lahi: (I-check ang lahat ng naaangkop):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Black o African American □White □ | Asian □American Indian o Alaska Native □ | Hawaiian o Pacific Islander □ |

**Impormasyon sa Insurance:**

Kumpanya sa insurance: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ikaw ba ang pangunahing may-ari ng card? Y N

Kung hindi, ano ang pangalan at petsa ng kapanganakan ng pangunahing may-ari ng card? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cardholder ID: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rx Group ID: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BIN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PCN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kwalipikado ka ba sa Medicare? Y N Kung oo, Medicare Part A/B number: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kung wala kang insurance at ayaw mong magbayad para sa pagpapaturok ng bakuna, dapat mong ibigay ang impormasyon sa ibaba. Kung hindi mo maibibigay ang impormasyong ito, posible kang singilin sa pagpapaturok ng bakuna.

*Wala akong anumang insurance, kasama ang pero hindi limitado sa Medicare, Medicaid, o anumang plano sa benepisyo sa kalusugan na pribadong pinopondohan o pinopondohan ng pamahalaan. Para mabayaran ng Programa sa COVID-19 para sa Mga Walang Insurance na Pasyente (COVID-19 Program for Uninsured Patients) ng Administrasyon sa Mga Resource at Serbisyo sa Kalusugan ng Estados Unidos (United States Health Resources & Services Administration) ang iyong bayarin sa pagpapaturok ng bakuna, mangyaring magbigay ng (a) valid na Social Security number, o (b) pang-estadong numero ng pagkakakilanlan at nagbigay na estado, o (c) numero ng lisensya sa pagmamaneho at ang nagbigay na*

*estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Mga Pagpapatunay:**

* *Ako mismo, at malaya akong nagpasyang magpabakuna laban sa COVID-19. Alam kong mayroon akong opsyong tanggihan ang bakuna. Hiniling kong mabakunahan ako, o ang taong nakapangalan sa itaas, na kinakatawan ko para sa kahilingan na ito. Ibinigay sa akin ang (Fact Sheet para sa Mga Tatanggap ng Bakuna at Tagapag-alaga)* para sa bakunang ito. Ang fact sheet *ay may impormasyon tungkol sa mga side effect at hindi magandang reaksyon. Nabasa ko o binasa sa akin ang impormasyong ibinigay tungkol sa bakuna laban sa COVID-19.*
* *Alam kong pinahintulutan ng Food and Drug Administration (FDA) ang emergency na paggamit ng bakunang ito. Alam kong hindi ito isang ganap na lisensyadong bakuna ng FDA. Nagkaroon ako ng pagkakataong magtanong, at nasapatan ako isinagot sa akin. Alam ko na ngayon ang tungkol sa bakuna, mga alternatibo, mga benepisyo, at panganib, hanggang sa nalalaman at hindi nalalaman sa panahon ngayon.*
* *Alam kong dapat akong manatili sa lugar ng pagbabakuna o sa isang lugar na sinabi ng aking provider sa pangangalagang pangkalusugan pagkatapos kong matanggap ang aking bakuna, para malapit ako sa aking provider sa pangangalagang pangkalusugan kung magkaroon man ako ng anumang hindi magandang reaksyon dito. Kung mayroon na akong (mga) partikular na allergic na reaksyon dati, dapat akong manatili sa loob ng 30 minuto. Kung wala akong ganitong (mga) allergic na reaksyon dati, dapat akong manatili sa loob ng 15 minuto.*
* *Alam ko na kung magkakaroon ako ng matinding allergic na reaksyon, kasama ang hirap sa paghinga, pamamaga ng aking mukha at/o lalamunan, mabilis na pagtibok ng puso, matinding pamamantal sa aking buong katawan, o pagkahilo at panghihina, dapat akong tumawag sa 9-1-1 o pumunta sa pinakamalapit na ospital. Alam kong maaari kong tawagan ang aking provider sa pangangalagang pangkalusugan kung magkakaroon ako ng anumang side effect na nakakabahala o hindi nawawala.*
* *Hiniling sa akin na sumali sa programang V-SAFE. Ang programa ay nagsasagawa ng mga pagsusuri sa kalusugan sa mga taong tumatanggap ng bakuna laban sa COVID-19. Alam kong dapat kong iulat ang mga side effect ng bakuna sa System ng Pag-uulat para sa Hindi Magandang Kaganapan sa Bakuna (Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS) ng FDA/CDC sa 1-800-822-7967 o sa* [*https://vaers.hhs.gov/reportevent.html*](https://vaers.hhs.gov/reportevent.html)*.*
* *Alam kong dapat akong makatanggap ng dalawang dosis ng bakuna laban sa COVID-19 at matanggap ang parehong bakuna sa bawat pagkakataon. Alam kong sa lahat ng bakuna, walang pangako na magiging immune ako (hindi ko na makukuha ang virus) o hindi ako makakaranas ng mga side effect. Alam kong maaari akong magpasya na hindi na makuha ang pangalawang dosis ng bakuna. Pero kung hindi ko matatanggap ang pangalawang bakuna, liliit ang posibilidad na magkakaroon ako ng immunity.*

***Pahintulot sa Paghiling Bayad:*** *Pinapahintulutan ko ang organisasyong magbibigay ng aking bakuna na maglabas ng impormasyon at humiling ng bayad. Pinapatunayan kong tama ang impormasyong ibinigay ko sa aplikasyon sa pagbabayad sa ilalim ng Medicare o Medicaid o ng COVID-19 Program for Uninsured Patients ng HRSA. Pinapahintulutan ko ang paglalabas ng lahat ng talaan para sa pagkilos sa pahilingan na ito. Hinihiling kong ang pagbabayad ng mga awtorisadong benepisyo ay maisagawa sa aking ngalan.*

***Pagbubunyag ng Mga Talaan:*** *Nauunawaan kong maaaring atasan o boluntaryong ibunyag ng organisasyong magbibigay ng aking bakuna ang aking impormasyong pangkalusugan na nauugnay sa bakuna sa aking pangunahing doktor sa pangangalaga, aking plano sa insurance, mga sistema ng kalusugan at ospital, at mga registry ng estado o pederal na pamahalaan o iba pang awtoridad sa pampublikong kaligtasan, para sa mga layunin ng paggamot, pagbabayad, o pagpapatakbo sa pangangalagang pangkalusugan. Nauunawaan ko ring gagamitin at ibubunyag ng organisasyong magbibigay ng aking bakuna ang aking impormasyon sa kalusugan ayon sa inilalarawan sa Paunawa sa Mga Kasanayan sa Privacy nito, na maaaring kong matanggap kung hihilingain ko o na makikita ko sa website nito. Kung isa akong empleyado ng [ilagay ang pangalan ng provider sa pangangalang pangkalusugan], nauunawaan kong dapat kong itabi ang mga talaan ng pagpapabakuna na ito para sa akin sa [ilagay ang pangalan ng electronic na talaang medikal] at panatilihin ang aking mga talaan sa pagbabakuna sa mga talaang pangkalusugan ng empleyado sa trabaho ng [ilagay ang pangalan ng provider sa pangangalang pangkalusugan], hangga’t inaatas o pinapahintulutan ng batas.*

Lagda ng Pasyente (o Magulang/Tagapag-alaga/Awtorisadong Kinatawan): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Petsa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pangalan ng Magulang, Tagapag-alaga, o Awtorisadong Kinatawan: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Petsa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Kung lalagda ka sa ngalan ng pasyente, isinasaad mong awtorisado ka para ibigay ang mga kinakailangang pagpapasya sa ngalan ng pasyente.*

Ang lahat ng seksyon sa ibaba ay para lang sa opisyal na paggamit:

|  |
| --- |
| **Impormasyon sa Pagtuturok ng Bakuna para sa Immunizer:**Petsa ng pagbibigay: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Oras ng pagbibigay: \_\_\_\_\_\_\_ CVX (Produkto): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dose number: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_IIS Recipient ID: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_IIS vaccination event ID: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Lot number: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Unit ng Paggamit MVX (Manufacturer): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nagpadalang organisasyon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Suffix ng provider ng pagbibigay ng bakuna: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Pagtuturukan ng bakuna sa katawan: Kaliwang deltoid □ Kanang deltoid □ Iba pa □ (isaad ang lokasyon) \_\_\_\_\_\_\_\_Petsa ng pag-expire ng bakuna: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ruta ng pagbibigay ng bakuna: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Pagkumpleto ng serye ng pagbabakuna (petsa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Petsa ng bersyon ng Fact Sheet para sa Mga Tatanggap ng Bakuna at Tagapag-alaga: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Mga tala tungkol sa form na ito:

* ***Ang form na ito ay dapat lang ibigay sa isang pasyente kung kalakip nito ang Fact Sheet para sa Mga Tatanggap ng Bakuna at Tagapag-alaga***
	+ ***Moderna:*** <https://www.fda.gov/media/144638/download>
	+ ***Pfizer BioNTech*** <https://www.cvdvaccine.com/>
* Ang form na ito ay dapat lang gamitin ng mga clinician na may malawak na kaalaman sa mga materyal ng impormasyon para sa provider ng CDC, na nakapagpayo ng mga pasyenteng sumagot ng “oo” sa mga tanong sa screening o nag-refer para sa pagpapayo para sa mga pasyenteng iyon. Tingnan dito para sa higit pang impormasyon:
	+ Kumpletong Check List sa Paunang Pagbabakuna ng CDC na may impormasyon para sa mga propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan: <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/downloads/pre-vaccination-screening-form.pdf>
	+ Mga Pansamantalang Klinikal na Pagsasaalang-alang sa Paggamit ng Mga Bakuna Laban sa COVID-19 ng mRNA na Awtorisado ng Estados Unidos: <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/info-by-product/clinical-considerations.html>
* Ang form na ito ay ginawa para maging resource. Hindi ito isang mandatoryong form.
* Binuo ang form na ito batay sa pinakamahusay na available na impormasyon sa panahon kung kailan ito ginawa. Hindi garantisado ang katumpakan nito. Dapat gamitin ng mga organisasyon at indibidwal ang form na ito nang may pagkonsulta sa kanilang sariling mga clinician at abogado.
* Maaaring ma-update ang form na ito nang walang pag-abiso.
* Para sa mas madaling paggamit, ang ilang elemento sa form na ito ay puwedeng paunang itala sa mga electronic na talaang pangkalusugan o sa iba pang database.
* Mga resource na ginamit sa paggawa ng form na ito:
	+ Mga Programa sa Pagsasanay at Sangguniang Materyal tungkol sa Pagbabakuna Laban sa COVID-19 para sa Mga Propesyonal sa Pangangalagang Pangkalusugan para sa impormasyon tungkol sa mga tanong sa screening at *Fact Sheet para sa Mga Tatanggap ng Bakuna at Tagapag-alaga* <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/downloads/COVID-19-Clinical-Training-and-Resources-for-HCPs.pdf>
	+ Impormasyon sa Bakuna ng CDC:
		- Pfizer BioNTech: <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/info-by-product/pfizer/index.html>
		- Moderna: <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/info-by-product/moderna/index.html>
	+ Programang V-Safe: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/safety/vsafe.html>
	+ Toolkit sa Komunikasyon ng Pagpapabakuna sa COVID-19: <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/health-systems-communication-toolkit.html>
	+ Plano sa Bakuna Laban sa COVID-19 ng Estado ng Washington para sa mga ipinag-aatas sa pag-uulat sa bakuna. <https://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/1600/coronavirus/WA-COVID-19-Vaccination-Plan.pdf>
	+ Para sa Demograpikong Impormasyon:
		- CHARS Manual ng Estado ng Washington: <https://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/5300/CHARSManual-UB04-5010.pdf>
		- Pinakamahuhusay na Kasanayan sa Pagkolekta ng Data sa Lahi, Etnisidad, at Wika: <http://forces4quality.org/af4q/download-document/6011/Resource-validated_final_rel_data_collection_best_practice_guidelines_updated_11-28.pdf>
		- Impormasyon sa Pagkolekta ng Sekswal na Oryentasyon at Pagkakakilanlang Kasarian: <https://www.cdc.gov/hiv/clinicians/transforming-health/health-care-providers/collecting-sexual-orientation.html>