**Giấy Xác Nhận Của Bệnh Nhân Tiêm Vắc-xin COVID-19 (preferred language Vietnamese)**

Tên Bệnh Nhân (Họ, Tên): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ngày Sinh: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Điện Thoại: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Điện Thoại Di Động: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Thông tin này dùng để liên lạc với quý vị khi nhắc lịch tiêm mũi thứ hai.)

Địa Chỉ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Thành Phố, Tiểu Bang, Mã Zip: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Thông tin thu được trong phần này sẽ giúp chúng tôi đảm bảo việc cung cấp dịch vụ chăm sóc công bằng và chú trọng vào bệnh nhân:**

Giới tính khai sinh (chọn một):

|  |  |
| --- | --- |
| Nam: □ | Nữ: □ |

Bản dạng giới (chọn một):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nam: □ | Nữ: □ | Phi Nhị Giới □ | Chưa xác định/Không nói rõ: □ |

Dân tộc (Chọn một):

|  |  |
| --- | --- |
| Người Gốc Tây Ban Nha hoặc Mỹ Latinh (Bao gồm người gốc Tây Ban Nha, Mexico, Puerto Rico, Cuba, v.v.) □ | Không phải Người Gốc Tây Ban Nha (Một người không thuộc nền văn hóa hay có xuất thân Tây Ban Nha) □ |

Chủng tộc: (Chọn tất cả các câu trả lời phù hợp):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Người Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi □  Người Da Trắng □ | Người Châu Á □  Người Mỹ Bản Địa hoặc Người Bản Địa Alaska □ | Người Hawaii hoặc Người Dân Đảo Thái Bình Dương □ |

**Thông Tin Bảo Hiểm:**

Công ty bảo hiểm: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Quý vị có phải là chủ thẻ chính không? Có Không

Nếu không, tên và ngày sinh của chủ thẻ chính là gì? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mã chủ thẻ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mã Rx Group: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Quý vị có đủ điều kiện tham gia Medicare không? Có Không Nếu có, số Medicare Phần A/B là: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nếu không có bảo hiểm và không muốn tự chi trả cho việc tiêm vắc-xin, quý vị bắt buộc phải cung cấp thông tin dưới đây. Nếu không cung cấp thông tin này, quý vị có thể sẽ bị tính phí tiêm vắc-xin.

*Tôi không có bảo hiểm, bao gồm nhưng không giới hạn ở Medicare, Medicaid, hay bất kỳ gói phúc lợi sức khỏe công hoặc tư nào khác. Để được trả phí tiêm vắc-xin theo Chương Trình COVID-19 cho Bệnh Nhân Không Có Bảo Hiểm của Cơ Quan Quản Trị Dịch Vụ và Nguồn Lực Y Tế Hoa Kỳ (HRSA), vui lòng cung cấp (a) số An Sinh Xã Hội còn hiệu lực, hoặc (b) mã số thuế tiểu bang và nơi cấp, hoặc (c) số giấy phép lái xe và nơi*

*cấp: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Xác Nhận:**

* *Tôi hoàn toàn tự nguyện và tự do lựa chọn sử dụng vắc-xin COVID-19. Tôi biết rằng tôi có lựa chọn từ chối sử dụng vắc-xin. Tôi yêu cầu được tiêm vắc-xin cho bản thân, hoặc cho người có tên ở trên mà tôi có quyền thay mặt đưa ra yêu cầu này. Tôi đã được nhận (Tờ Thông Tin dành cho Người Được Tiêm Vắc-xin và Người Chăm Sóc)* đối với vắc-xin này. Tờ thông tin *có các thông tin về tác dụng phụ và phản ứng bất lợi. Tôi đã đọc hoặc đã được nghe người khác đọc các thông tin cung cấp trong đó về vắc-xin COVID-19.*
* *Tôi biết Cục Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (FDA) đã cấp giấy phép sử dụng khẩn cấp cho vắc-xin này. Tôi biết đây không phải là loại vắc-xin được FDA cấp phép đầy đủ. Tôi đã có cơ hội đặt câu hỏi và mọi thắc mắc đã được giải đáp thỏa đáng. Giờ tôi đã biết về vắc-xin này, các lựa chọn thay thế, lợi ích và rủi ro, theo những gì đã biết và chưa biết vào thời điểm này.*
* *Tôi biết rằng sau khi tiêm chủng, tôi phải ở trong khu vực tiêm vắc-xin hoặc khu vực mà nhà cung cấp dịch vụ y tế của tôi đã chỉ định để có thể ở gần nhà cung cấp dịch vụ y tế nếu tôi có phản ứng bất lợi nào. Nếu có tiền sử bị một hoặc một số phản ứng dị ứng, tôi phải ở lại trong 30 phút. Nếu không có tiền sử bị một hoặc một số phản ứng dị ứng, tôi phải ở lại trong 15 phút.*
* *Tôi biết rằng nếu tôi có phản ứng dị ứng nghiêm trọng, bao gồm khó thở, sưng mặt và/hoặc cổ họng, tim đập nhanh, phát ban nặng khắp cơ thể hoặc chóng mặt và suy nhược, tôi nên gọi 9-1-1 hoặc đến bệnh viện gần nhất. Tôi biết tôi có thể gọi cho nhà cung cấp dịch vụ y tế của mình nếu có bất kỳ tác dụng phụ nào gây khó chịu hoặc kéo dài.*
* *Tôi đã được yêu cầu tham gia chương trình V-SAFE. Chương trình nhằm kiểm tra sức khỏe những người được tiêm vắc-xin COVID-19. Tôi biết mình nên báo cáo tác dụng phụ của vắc-xin cho Hệ Thống Báo Cáo Biến Cố Bất Lợi của Vắc-xin (VAERS) thuộc FDA/CDC theo số 1-800-822-7967 hoặc tại địa chỉ* [*https://vaers.hhs.gov/reportevent.html*](https://vaers.hhs.gov/reportevent.html)*.*
* *Tôi biết tôi phải tiêm hai mũi vắc-xin COVID-19 và nhận cùng một loại vắc-xin cho mỗi lần. Tôi biết rằng đối với mọi loại vắc-xin, không có gì đảm bảo rằng tôi sẽ được miễn dịch hoàn toàn (không bị nhiễm vi-rút) hoặc sẽ không có tác dụng phụ. Tôi biết tôi có thể chọn không tiêm mũi vắc-xin thứ hai. Nhưng nếu tôi không tiêm mũi thứ hai, khả năng tôi được miễn dịch có thể giảm xuống.*

***Cho Phép Yêu Cầu Thanh Toán:*** *Tôi cho phép tổ chức cung cấp vắc-xin cho tôi tiết lộ thông tin và yêu cầu thanh toán. Tôi xác nhận rằng thông tin do tôi cung cấp khi đăng ký thanh toán theo Medicare hoặc Medicaid hoặc Chương Trình COVID-19 cho Bệnh Nhân Không Có Bảo Hiểm của HRSA là chính xác. Tôi cho phép tiết lộ mọi thông tin lưu trong hồ sơ để thực hiện yêu cầu này. Tôi yêu cầu việc thanh toán các phúc lợi được cho phép sẽ được thực hiện thay mặt cho tôi.*

***Tiết Lộ Hồ Sơ:*** *Tôi hiểu rằng tổ chức cung cấp vắc-xin cho tôi có thể được yêu cầu hoặc có thể tự nguyện tiết lộ thông tin y tế của tôi liên quan đến vắc‑xin cho bác sĩ chăm sóc chính và chương trình bảo hiểm của tôi, các hệ thống y tế và bệnh viện, các hệ thống đăng ký của tiểu bang hoặc liên bang hoặc các cơ quan y tế công cộng khác, vì mục đích điều trị, thanh toán hoặc vận hành y tế. Tôi cũng hiểu rằng tổ chức cung cấp vắc-xin cho tôi sẽ sử dụng và tiết lộ thông tin y tế của tôi như mô tả trong Thông Báo Thực Hành Quyền Riêng Tư mà tôi có thể nhận được theo yêu cầu hoặc tìm được trên trang web của tổ chức đó. Nếu tôi là nhân viên của [điền tên nhà cung cấp dịch vụ y tế] thì tôi hiểu rằng họ sẽ lưu hồ sơ tiêm chủng này cho tôi trong [điền tên hồ sơ y tế điện tử] và có thể lưu hồ sơ tiêm chủng của tôi trong hồ sơ y tế lao động của nhân viên [điền tên nhà cung cấp dịch vụ y tế], trong phạm vi luật pháp yêu cầu hoặc cho phép.*

Chữ Ký Bệnh Nhân (hoặc Phụ Huynh/Người Giám Hộ/Người Đại Diện Được Ủy Quyền): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tên Phụ Huynh/Người Giám Hộ/Người Đại Diện Được Ủy Quyền: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Nếu ký tên thay cho bệnh nhân, quý vị cho biết rằng quý vị đã được ủy quyền để thay mặt bệnh nhân đưa ra các quyết định cần thiết.*

Tất cả các phần dưới đây chỉ dùng cho nhân viên:

|  |
| --- |
| **Thông Tin Tiêm Vắc-xin cho Nhân Viên Tiêm Chủng:**  Ngày tiêm: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Giờ tiêm: \_\_\_\_\_\_\_  Mã CVX (Sản phẩm): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Mũi tiêm số: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Mã số người được tiêm trên IIS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Mã số sự kiện tiêm chủng trên IIS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Lô số: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Mã MVX (Nhà sản xuất) của Đơn Vị Sử Dụng: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tổ chức gửi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Chức danh của nhà cung cấp dịch vụ tiêm vắc-xin: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Vị trí tiêm vắc-xin trên cơ thể: Cơ delta trái □ Cơ delta phải □ Khác □ (ghi rõ vị trí) \_\_\_\_\_\_\_\_  Ngày hết hạn vắc-xin: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tiêm vắc-xin qua đường: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hoàn thành kỳ tiêm vắc-xin (ngày): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tờ Thông Tin dành cho Người Được Tiêm Vắc-xin và Người Chăm Sóc phiên bản ngày: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Ghi chú về mẫu đơn này:

* ***Chỉ được cung cấp mẫu đơn này cho bệnh nhân với điều kiện phải đi kèm Tờ Thông Tin dành cho Người Được Tiêm Vắc-xin và Người Chăm Sóc*** 
  + ***Moderna:*** <https://www.fda.gov/media/144638/download>
  + ***Pfizer BioNTech*** <https://www.cvdvaccine.com/>
* Mẫu đơn này chỉ nên được sử dụng bởi các bác sĩ lâm sàng thông thạo các tài liệu giáo dục của CDC dành cho nhà cung cấp. Đây là những người có thể tư vấn cho những bệnh nhân trả lời “có” cho các câu hỏi sàng lọc hoặc giới thiệu người tư vấn cho những bệnh nhân đó. Xem thêm thông tin tại đây:
  + Toàn bộ Danh Sách Kiểm Tra Trước Khi Tiêm Vắc-xin của CDC với thông tin dành cho các chuyên gia y tế: <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/downloads/pre-vaccination-screening-form.pdf>
  + Cân Nhắc Lâm Sàng Tạm Thời về việc Sử Dụng Các Vắc-xin COVID-19 mRNA Hiện Được Cho Phép tại Hoa Kỳ: <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/info-by-product/clinical-considerations.html>
* Mẫu đơn này dùng để làm nguồn tài liệu. Đây không phải là mẫu đơn bắt buộc.
* Mẫu đơn này được soạn thảo dựa trên các thông tin tốt nhất có được tại thời điểm tạo đơn. Độ chính xác của mẫu đơn này không được đảm bảo. Các tổ chức và cá nhân chọn sử dụng mẫu đơn này cần tham khảo ý kiến bác sĩ và luật sư của mình trước khi sử dụng.
* Mẫu đơn này có thể được cập nhật mà không báo trước.
* Để thuận tiện, một số phần trong mẫu đơn này có thể được lưu sẵn trong hồ sơ y tế điện tử hoặc cơ sở dữ liệu khác.
* Các nguồn tài liệu đã sử dụng khi soạn thảo mẫu đơn này:
  + Chương Trình Đào Tạo Tiêm Chủng COVID-19 và Tài Liệu Tham Khảo cho Chuyên Gia Y Tế đối với thông tin về các câu hỏi sàng lọc và *Tờ Thông Tin dành cho Người Được Tiêm Vắc-xin và Người Chăm Sóc* <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/downloads/COVID-19-Clinical-Training-and-Resources-for-HCPs.pdf>
  + Thông Tin về Vắc-xin của 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>
  + Chương Trình V-Safe: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/safety/vsafe.html>
  + Bộ Công Cụ Truyền Thông về Vắc-xin COVID-19: <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/health-systems-communication-toolkit.html>
  + Kế Hoạch Tiêm Chủng Vắc-xin COVID-19 của Tiểu Bang Washington đối với các yêu cầu báo cáo về vắc-xin. <https://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/1600/coronavirus/WA-COVID-19-Vaccination-Plan.pdf>
  + Đối với Thông Tin Nhân Khẩu:
    - Hướng Dẫn CHARS của Tiểu Bang Washington: <https://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/5300/CHARSManual-UB04-5010.pdf>
    - Các Phương Pháp Hay Nhất khi Thu Thập Dữ Liệu về Ngôn Ngữ, Dân Tộc và Chủng Tộc: <http://forces4quality.org/af4q/download-document/6011/Resource-validated_final_rel_data_collection_best_practice_guidelines_updated_11-28.pdf>
    - Thu Thập Thông Tin về Xu Hướng Tính Dục và Bản Dạng Giới: <https://www.cdc.gov/hiv/clinicians/transforming-health/health-care-providers/collecting-sexual-orientation.html>