

## فرم رضایت واکسیناسیون نوجوانان 2022

(ACWY، Tdap، HPV)



<b>فقط برای استفاده وزارت بهداشت</b> _____ : Cli ID # _____ رویارویی #: _____ _____ - _____ کدپستی: _____ مدرسه: _____ تلفن کار: _____ شماره تماس وضعیت اورژانس: _____ (اگر غیر از سرپرست خانواده باشد)	نام _____ _____ مادری _____ _____ سن: _____ / _____ / _____ در صورت صغیر بودن - نام والدین/سرپرست: _____ ام _____ اخ برادران: _____ _____ ام _____ اخ خواهران: _____ _____ شهر: _____ کلاس: _____ _____ معلم سرخونه: _____ _____ تلفن همراه: _____ مهم شماره تلفن والدین/سرپرست خانه: _____ _____ شماره تماس وضعیت اورژانس: _____ _____ (اگر غیر از سرپرست خانواده باشد)	
<b>فرزنده من در روز کلینیک واکسیناسیون برنامه ریزی شده 11 ساله یا پیشتر خواهد بود: بله <input type="checkbox"/> خیر <input checked="" type="checkbox"/></b>		
لطفاً برای همه سوالات زیر بله یا خیر را بررسی کنید تا مشخص شود آیا فرزند شما می تواند واکسن های پیشنهادی را در مدرسه دریافت کند یا خیر. پرستاری که واکسن را انجام می دهد، این اطلاعات را در روز کلینیک واکسن بررسی می کند.		
<b>خیر</b> <input type="checkbox"/>	<b>بله</b> <input type="checkbox"/>	آیا کودک شما تا به حال واکنش آلرژیک جدی به هر یک از اجزای واکسن یا مخمر داشته است? <input type="checkbox"/> آیا فرزند شما در گذشته نسبت به دوز قبلی واکسن HPV، Tdap یا مننگوکوک واکنش جدی نشان داده است? <input type="checkbox"/> آیا فرزند شما در طی هفت روز پس از دوز DTP، DTaP یا Tdap دچار کاما یا تنفس طولانی یا چندگانه شده است? <input type="checkbox"/> آیا فرزند شما صرع یا مشکل دیگری در سیستم عصبی دارد؛ تا به حال پس از دوز قبلی DTP، DTaP یا Td یا دچار تورم شدید یا درد شدید شده باشید؛ یا تا به حال سندرم گیلن باره (GBS) داشته اید؟ اگر چنین است، در مورد دریافت واکسن Tdap با پزشک خود مشورت کنید. (برای ادامه در محیط مدرسه ممکن است یک پادداشت لازم باشد) <input type="checkbox"/> اگر به سوالات پاسخ مثبت داده اید، این واکسن(ها) ممکن است برای فرزند شما ایمن نباشد و او این واکسن ها را در مدرسه دریافت نخواهد کرد. اگر کودک شما آلرژی شدید تهدید کننده زندگی دارد، لطفاً قبل از موافقت با واکسیناسیون با پزشک کودک خود صحبت کنید.

### اطلاعیه رضایت تلقی شده برای آزمایش HIV، هیاتیت B یا C

VDH طبق § 32-1.45 قانون ویرجینیا (1950)، با اصلاحات، ملزم است که اخطار زیر را به شما بدهد:  
 1. اگر یکی از مخصوصین مراقبت های بهداشتی، کارگر یا کارمند VDH باید مستقیماً در معرض خون یا مایعات بدن فرزند شما قرار گیرد، به گونه ای که ممکن است بیماری را منتقل کند، من می دانم که قانون از فرزند من می خواهد که برای آزمایش های بیشتر نمونه خون و ریوی بدهد. من می دانم که آزمایشاتی که باید انجام شود برای ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) و همچنین برای هیاتیت B و C است. یک پزشک یا سایر ارائه دهنگان مراقبت های بهداشتی نتیجه آزمایش را به شما می گوید. 2. اگر فرزند شما باید مستقیماً در معرض خون یا مایعات بدن یک مخصوص مراقبت بهداشتی، کارگر یا کارمند VDH قرار گیرد، به گونه ای که ممکن است بیماری را منتقل کند، خون آن فرد برای عفونت با ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) نیز آزمایش می شود. در مورد پیاتیت B و C. یک پزشک یا سایر ارائه دهنگان مراقبت های بهداشتی نتیجه آزمایش را به شما و ان شخص می گوید.

\* بیمه: لطفاً به موارد زیر پاسخ دهید: این اطلاعات برای اهداف بودجه فرال برای واکسن های VFC مورد نیاز است.

\* پادداشت: اگر فرزند شما واحد شرایط برنامه واکسن برای شما در اختیار فرزندتان قرار می گیرد. اگر فرزند شما تحت پوشش یک طرح بیمه درمانی خصوصی باشد، وزارت باید تمام اطلاعات های مجاز مربوط به تهیه واکسن را بازپرداخت کند. اگر تمام اطلاعات بیمه درخواستی را در زیر ارائه نکنید، فرزند شما واکسینه نخواهد شد.

فرزنده من: ( ) بیمه نیست ( ) تحت پوشش بیمه خصوصی، Medicaid یا FAMIS نیست

( ) سرخوست امریکایی یا بومی آلاسکا است

( ) دارای Medicaid است - شماره \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_

( ) دارای FAMIS است - شماره \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_

( ) بیمه بیگری دارد که در بالا ذکر نشده است (طرح را مشخص کنید)

شماره شناسه خط مشی \_\_\_\_\_ نام دارنده بیمه نامه \_\_\_\_\_

یک کپی از جلو و پشت کارت بیمه را پیوست کنید یا اطلاعات زیر را ارائه دهید:

آدرس شرکت بیمه \_\_\_\_\_

شماره تلفن شرکت بیمه \_\_\_\_\_

من به VDH اجازه می دهم سوابق لازم برای پشتیبانی از درخواست پرداخت توسط Medicare و سایر مزایای مراقبت های بهداشتی را منتشر کند.  
من از پرداخت کننده شخص ثالث درخواست می کنم هر گونه مزایای مجاز را از طرف من به VDH بپردازد.

### دفتر حريم خصوصي و امنيت

مجوز برای افشاء اطلاعات بهداشتی محافظت شده

اين رضایت به وزارت بهداشت ويرجنيا (VDH) اجازه می دهد تا اطلاعات بهداشتی شخصی را برای شخص یا سازمان یا سازمان هایی که من نشان داده ام فاش کند.

من می دانم که ارائه درمان به فرزندم نمی تواند مشروط به امضای این مجوز باشد.

هر گونه اطلاعات بهداشتی که توسط من یا فرزندم دوباره افشا شود دیگر توسط این مجوز محافظت نخواهد شد.  
اصل یا کپی مجوز باید هرمه پرونده پزشکی فرزندم باشد.

من حق دارم این مجوز را در هر زمان لغو کنم، مگر در مواردی که قبل از درخواست من مبنی بر عدم ثبت پرونده پزشکی خود اقدامی انجام شده باشد.  
درخواست باید به صورت کتبی باشد و پس از تحويل به ارائه دهنده با در اختیار داشتن سوابق پزشکی من موثر خواهد بود.

من به VDH اجازه می دهم اطلاعات سلامتی فرزندم را در اختیار پزشک مراقبت های اولیه و مدرسه اش قرار دهد.

من می دانم که سوابق این سازی فرزندم تا 21 سال پس از تولد حفظ خواهد شد.

من می دانم که این سند به اداره بهداشت عمومی داده می شود و توسط آن نگهداری می شود و توسط مدرسه نگهداری نمی شود.

اگر می خواهید نسخه های حریم خصوصی وزارت بهداشت ویرجینیا را دریافت کنید، لطفاً کادر را علامت بزنید.

### رضایت برای واکسیناسیون HPV کودک:

فرزند من هرگز برای HPV واکسینه نشده است. یادداشت: کودک شما به دو دوز نیاز دارد: اولین دوز در حال حاضر و دوز <sup>بیو</sup> 6 ماه پس از دوز 1. یادداشت:  
کودکان با شرایط پزشکی خاص ممکن است به سه دوز نیاز داشته باشند. لطفاً برای ارزیابی نیاز به دوز سوم با ارائه دهنده خود مشورت کنید.

فرزند من اولين دوز واكسن HPV را دریافت کرده است. یادداشت: دوز دوم باید 6 ماه پس از دوز 1 دریافت شود.

من بیانیه اطلاعات واکسیناسیون 2021 (VIS) برای واکسن HPV را خوانده ام. من خطرات و مزایای آن را درک می کنم و به وزارت بهداشت و کارکنان مجاز آن رضایت می دهم که در بالای این فرم نامگذاری شده است، واکسن HPV (شات) را دریافت کند. در صورت نیاز، رضایت خود را می دهم تا فرزندم دوز دوم را تقریباً شش ماه پس از اولين دوز دریافت کند.

امضای والدین یا سرپرست قانونی:

### رضایت برای واکسیناسیون MenACWY کودک:

من بیانیه اطلاعات واکسیناسیون 2021 (VIS) برای واکسن MenACWY را مطالعه کرده ام، خطرات و مزایای آن را درک می کنم، و به وزارت بهداشت و کارکنان مجاز آن رضایت می دهم که برای فرزندم که در بالای این فرم نامش ذکر شده است، واکسن مننگوکوک ACWY (شات) را تطبیق کنند.

امضای والدین یا سرپرست قانونی:

### رضایت برای واکسیناسیون Tdap کودک:

من بیانیه اطلاعات واکسیناسیون 2021 (VIS) را برای واکسن Tdap مطالعه کرده ام، خطرات و مزایای آن را درک می کنم و به وزارت بهداشت و کارکنان مجاز آن رضایت می دهم که برای فرزندم که در بالای این فرم نامش ذکر شده است، واکسن Tdap (شات) را تطبیق کنند.

امضای والدین یا سرپرست قانونی:

لطفاً یک نسخه از سوابق واکسیناسیون فرزندم را برای پزشک او به آدرس زیر ارسال کنید.

ZIP

ایالت

شهر

آدرس پستی

نام پزشک

### HEALTH DEPARTMENT USE ONLY

Date	Item code	Fund Source	Lot Number	Vaccine Administration Site	Provider #
	Tdap	VFC STF		RA LA	
	MenACWY	VFC STF		RA LA	
	HPV #1	VFC STF		RA LA	
	HPV #2	VFC STF		RA LA	
		VFC STF		RA LA	
Comments					
Provider Name/Signature and Date					