

新冠COVID-19 疫苗健康篩檢表

姓氏: _____ 名: _____

出生年月日: _____

緊急狀況聯絡人與電話: _____

您曾經接種過新冠COVID-19 疫苗嗎? ☐ 有 ☐ 沒有

如果有, 是哪一廠牌疫苗? ☐ 輝瑞 Pfizer ☐ 莫德納 Moderna ☐ 強生 (Johnson & Johnson) ☐ 其他 _____

在連續完成2劑輝瑞或莫德納後, 您今天是否要在這裡接種額外一劑疫苗? ☐ 是 ☐ 否

如果以下問卷有回答“是”的答案, 並不代表您不能施打疫苗. 只是代表需被詢問額外的問題.

	是	否
1. 您是否有出血性疾病或正在服用除了阿斯匹靈之外的抗凝血劑(血液稀釋劑)? (對於回答"是"答案者, 接種者會在注射後對手臂施加壓力)		
2. 您是否曾有過嚴重的過敏性反應? 包括對食物, 寵物, 環境, 或口服用藥的過敏. (對於回答"是"答案者, 在注射後需要 30 分鐘的觀察)		
3. 您是否曾對除了新冠COVID-19疫苗以外的任何其他疫苗或注射針劑有過過敏反應? (對於回答"是"答案者, 在注射後需要 30 分鐘的觀察)		
以下問題如患者有回答"是"的答案, 則將由現場註冊護士根據 BRN 護理協定進行解答。		
4. 您對下列任何一種有過過敏反應嗎? • 先前注射的新冠COVID-19 疫苗 • 新冠COVID-19 疫苗的成分, 包括聚乙二醇 (PEG), 該成份在某些藥中, 例如輕瀉藥劑和結腸鏡檢查程序的術前灌腸製劑中可被找到 • 聚山梨酯 (Polysorbate) 這可能包括嚴重的過敏反應 (例如過敏性反應), 需要使用腎上腺素或EpiPen®進行治療或造成您緊急就醫。它還包括在4小時內發生的過敏反應, 引起蕁麻疹, 腫脹或呼吸窘迫, 包括哮喘。		
5. 在過去的三箇月中, 您是否曾進行幹細胞/骨髓移植或進行細胞療法 (CAR T細胞療法)?		
6. 您目前正在接受治療急性白血病 (acute leukemia) 的化療藥嗎?		
7. 在過去90天中, 您是否接受過抗體治療 (單克隆抗體或恢復期血清) 治療新冠肺炎?		

如果您有注射過真皮填充物: 在注射新冠COVID-19疫苗後, 您可能會在填充物注射部位或其附近出現暫時性腫脹。接種疫苗後, 如果真皮填充物部位或其附近出現腫脹, 請與您的醫療保健提供者聯繫。

如果您有免疫系統低弱: 疫苗對免疫功能低下人士的有效性尚不清楚。您對疫苗的免疫反應可能降低。一些風濕病學家建議更改免疫抑制劑藥物, 如果您想進一步瞭解, 請在接種疫苗之前先與您的醫生討論。

如果您目前懷孕或者正在哺乳: FDA批准授權為孕婦和哺乳者接種COVID-19疫苗。它們不是活疫苗。根據目前的知識, 專家們認為, 接受COVID-19疫苗的好處勝過對懷孕/哺乳者或胎兒/嬰兒的任何已知或潛在風險。

Office Use Only:	Revised 11/2/2021	
Notes:	☐ Thin Needle +2 min Compression	☐ 30 Minute Observation



新冠 COVID-19 疫苗接種同意書

聖塔克拉拉縣 (County of Santa Clara) 對符合加州疫苗接種標準的個人提供新冠 COVID-19 疫苗接種，無論是否具有保險或支付能力。接種疫苗無需付費，也無需保險。但是，如果您具有健康保險，可給付該服務，則您的保險公司可能會收到帳單。

同意

本人已經被提供並已閱讀或已被解釋過本人將要接種的新冠 COVID-19 疫苗緊急使用授權情況說明書 (或者如果是法定代理人，該被代理者已收到)，並且本人有機會可以提出問題，本人的這些問題也已得到了滿意答覆。本人瞭解接種 COVID-19 疫苗的風險和益處，並要求將疫苗接種給本人，給本人所代理的人。本人了解本人的疫苗接種紀錄將輸入當地加州免疫接種登記處 (CAIR)，該紀錄將允許本人的醫療保健提供者進行照護協調。

保險/醫療福利轉讓

本人不可撤銷地將與任何保險計劃，健康福利計劃或其他護理付款方式有關的所有權利，福利和任何其他利益轉讓給本縣。此項轉讓包括轉讓和授權，直接向縣府支付該門診應支付的所有保險和醫療計劃福利，費率不得超過費用說明主表中列出的收費。本人同意，保險公司或計劃係根據此授權對縣府應支付款項應在其付款範圍內履行其義務。本人同意與縣府合作並採取其合理要求的所有步驟，以完善，確認或支持該轉讓。

隱私權慣例通知

本人特此承認收到了聖塔克拉拉縣衛生系統的**隱私權慣例通知 (NPP)**。該 NPP 為您提供有關本縣如何使用和公開透露您的醫療或您原已受保護的身體健康個人資料。本縣的 NPP 內容可能會隨時變更。如有變更，本縣會發布修訂版在縣府機構與此網站上：<https://www.scvmc.org/patients-and-visitors/services/Documents/Notice%20of%20Privacy%20Practices%20-%20Chinese.pdf>

關於後續劑量的確認

如果需要，我同意收到提醒的電子郵件或簡訊，以安排後續劑量的預約。我了解此類消息不是透過極安全性管道發送。

我保證我是患者、患者的法定代理人，或經患者授權簽署上述條款，並代表患者接受其條款。

簽名 (患者或法定代理人)：_____

患者姓名：_____ 日期：_____

法定代理人列印姓名 (如適用)：_____ 電話：_____

如果不是患者，請說明與患者的關係：_____

莫德納 Moderna 實情說明書

(如有要求，可提供紙張印刷本)



輝瑞 Pfizer 實情說明書

(如有要求，可提供紙張印刷本)



輝瑞 Pfizer 5-11 實情說明書

(如有要求，可提供紙張印刷本)



強生 Johnson & Johnson 實情說明書

(如有要求，可提供紙張印刷本)



新冠肺炎疫苗接種登記表

名字：	中間名首字母：	姓氏：
出生日期（月/日/年）：	性別： ☐ 男 ☐ 非二元性別 ☐ 女 ☐ 未知	電話號碼： ☐ 住宅 ☐ 手機
地址（街道、城市、州、郵遞區號）：		
電子郵箱：		首選語言：

種族 ☐ (1) 阿拉斯加原住民 ☐ (2) 亞洲人，柬埔寨人 ☐ (3) 亞洲人，華人 ☐ (4) 亞洲人，菲律賓人 ☐ (5) 亞洲人，印度人 ☐ (6) 亞洲人，日本人 ☐ (7) 亞洲人，韓國人 ☐ (8) 亞洲人，老撾人 ☐ (9) 亞洲人，其他 ☐ (10) 亞洲人，巴基斯坦人 ☐ (11) 亞洲人，越南人 ☐ (12) 黑人，非裔美國人 ☐ (13) 黑人，非洲人 ☐ (14) 黑人，其他	☐ (15) 西班牙裔或拉丁裔 ☐ (16) 美洲原住民 ☐ (17) 太平洋島民 ☐ (18) 太平洋島民，關島人 ☐ (19) 太平洋島民，夏威夷人 ☐ (20) 太平洋島民，薩摩亞人 ☐ (21) 病人拒絕說明/無法指定 ☐ (22) 白人，阿拉伯人 ☐ (23) 白人，歐洲人 ☐ (24) 白人，中東或北非人 ☐ (25) 白人，北美洲人 ☐ (26) 白人，其他	族裔 ☐ (1) 中美洲人 ☐ (2) 古巴人 ☐ (3) 多明尼加人 ☐ (4) 拉丁美洲人 ☐ (5) 墨西哥人 ☐ (6) 非西班牙裔或拉丁裔 ☐ (7) 其他西班牙裔或拉丁裔 ☐ (8) 病人拒絕說明/無法指定 ☐ (9) 波多黎各人 ☐ (10) 南美洲人 ☐ (11) 西班牙人
--	--	--

Data Collection for COVID-19 Vaccine Equity

Please check any of the items below if they apply to you:

I am a Migratory/Seasonal Agricultural Worker

☐ Yes ☐ No ☐ Declined to Answer

I am experiencing homelessness

☐ Yes ☐ No ☐ Declined to Answer

I receive Section 8 Housing subsidy

☐ Yes ☐ No ☐ Declined to Answer

I have limited ability to speak in English or read/write in English

☐ Yes ☐ No ☐ Declined to Answer

Do you have any type of disability including physical disability or mobility limitations, mental health disability, visual/hearing disability, intellectual or learning disability?

☐ Yes ☐ No ☐ Declined to Answer

Por favor, marque cualquiera de los siguientes puntos que le correspondan:

Soy un trabajador agrícola migratorio o de temporada

☐ Si ☐ No ☐ Declino responder

No tengo hogar

☐ Si ☐ No ☐ Declino responder

Recibo un subsidio de vivienda de la Sección 8

☐ Si ☐ No ☐ Declino responder

Tengo una capacidad limitada para hablar en inglés o leer/escribir en inglés

☐ Si ☐ No ☐ Declino responder

¿Tiene algún tipo de discapacidad, incluida la discapacidad física o las limitaciones de movilidad, la discapacidad mental, la discapacidad visual/auditiva, la discapacidad intelectual o de aprendizaje?

☐ Sí ☐ No ☐ Declino responder

Xin đánh dấu các mục dưới đây, nếu có mục nào đúng với quý vị:

Tôi là Nhân Viên Nông Nghiệp Theo Mùa/ Di Động

☐ Đúng ☐ Không ☐ Không trả lời

Tôi là người vô gia cư

☐ Đúng ☐ Không ☐ Không trả lời

Tôi nhận Trợ Cấp Gia Cư theo Section 8

☐ Đúng ☐ Không ☐ Không trả lời

Tôi nói, đọc và viết tiếng Anh rất hạn chế

☐ Đúng ☐ Không ☐ Không trả lời

Quý vị có bị khuyết tật gì, như mất năng lực thể chất, khó di chuyển, bệnh tâm trí, mất khả năng thị giác/thính giác, hoặc mất khả năng về tri thức hoặc học vấn?

☐ Có ☐ Không ☐ Không trả lời

請檢查以下任何一項是否適用於您：

我是遷移性/季節性農業工作者

☐ 是 ☐ 否 ☐ 拒絕回答

我正在無家可歸

☐ 是 ☐ 否 ☐ 拒絕回答

我領取第 8 款 (Section 8) 住房補貼

☐ 是 ☐ 否 ☐ 拒絕回答

我的英語口語或英語讀寫能力有限

☐ 是 ☐ 否 ☐ 拒絕回答

您是否有任何類型的殘障，包括身體殘障或移動受限，精神心理健康障礙，視覺/聽覺障礙，智力或學習障礙

☐ 是 ☐ 否 ☐ 拒絕回答

新型冠狀病毒 COVID-19 疫苗接種患者信息

施打 COVID-19 疫苗後經通報產生過的副作用包括：

- 注射部位反應：注射同一臂的淋巴結（腺體）產生疼痛，壓痛和腫脹，腫脹（硬）和發紅
- 一般副作用：疲勞，頭痛，肌肉疼痛，關節痛，發冷，噁心，嘔吐和發燒。

如果您今天接種的疫苗有任何副作用困擾您或無法消除，請聯繫您的醫療保健提供者或致電 888-334-1000 Valley Connection。

您可以註冊由疾病控制中心（CDC）提供的V-safe。V-safe是以智能手機為主的工具，在您接種新冠COVID-19疫苗後，該工具會使用簡訊和網絡提供個人化的健康調查。通過V-safe，您在接種新冠COVID-19疫苗後，可以迅速通報CDC是否有任何副作用產生。根據您對網絡調查的回答，疾病預防控制中心的人可能會打電話給您進行調查以獲得更多信息。如果您需要第二劑COVID-19疫苗接種，V-safe也會提醒您。
<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/safety/vsafe.html>

V-Safe QR Code:



疫苗引起嚴重過敏反應的可能性很小。嚴重的過敏反應通常會在接種疫苗後幾分鐘到一小時內發生。嚴重過敏反應的症狀包括：

- 呼吸困難
- 臉部和喉嚨腫脹
- 心跳快速
- 全身出疹子
- 頭暈和虛弱

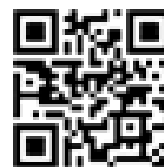
莫德納 Moderna 實情說明書
(如有要求，可提供紙張印刷本)



輝瑞 Pfizer 實情說明書
(如有要求，可提供紙張印刷本)



強生 J & J 實情說明書
(如有要求，可提供紙張印刷本)



8.25.21