

Giấy Đồng Ý và Sàng Lọc Chung *dành cho Trẻ Vị Thành Niên từ 6 tháng đến 17 tuổi*

PHẦN 1: THÔNG TIN VỀ TRẺ VỊ THÀNH NIÊN SẼ ĐƯỢC TIÊM VẮC-XIN (VUI LÒNG GHI CHỮ IN)

TÊN CỦA TRẺ VỊ THÀNH NIÊN (Họ)	(Tên)	(Chữ Cái Đầu của Tên Đệm)	NGÀY SINH CỦA TRẺ VỊ THÀNH NIÊN (MM/DD/YEAR):	
CHUNG TỘC CỦA TRẺ VỊ THÀNH NIÊN <input type="checkbox"/> Người Da Trắng <input type="checkbox"/> Người Da Đen hay Mỹ Gốc Phi <input type="checkbox"/> Người Châu Á <input type="checkbox"/> Người Mỹ Bản Xứ hoặc Alaska Bản Xứ <input type="checkbox"/> Người Hawaii Bản Xứ hoặc Người Đảo Thái Bình Dương			SẮC TỘC <input type="checkbox"/> Người Gốc Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> Không Phải Người Gốc Tây Ban Nha	Trẻ vị thành niên là người khuyết tật? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
TÊN CỦA CHA MẸ/NGƯỜI GIÁM HỘ HỢP PHÁP (Họ)	(Tên)	(Chữ Cái Đầu của Tên Đệm)	TUỔI CỦA TRẺ VỊ THÀNH NIÊN	GIỚI TÍNH CỦA TRẺ VỊ THÀNH NIÊN <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ
ĐỊA CHỈ			SỐ ĐIỆN THOẠI BAN NGÀY VÀ SỐ DI ĐỘNG CỦA PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ:	
THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	MÃ ZIP	EMAIL CỦA CHA MẸ/NGƯỜI GIÁM HỘ:	

Tên của Chương Trình Bảo Hiểm Chính: _____ Tên của Chủ Hợp Đồng Bảo Hiểm: _____

Số Thành Viên hoặc Hợp Đồng: _____ Mọi quan hệ của chủ hợp đồng với bệnh nhân: _____

PHẦN 5: GIẤY ĐỒNG Ý. Tôi hiểu những rủi ro và lợi ích của _____

Vắc-xin _____ . Khi đồng ý ở bên dưới, tôi đồng ý rằng:

1. Tôi đã đọc hoặc đã được nghe đọc *Tờ Thông Tin dành cho Người Được Tiêm Vắc-xin và Người Chăm Sóc* hoặc *Bản Kế Thông Tin Vắc-xin* đối với (các) Vắc-xin mà trẻ vị thành niên có tên bên trên được phép nhận, như liệt kê trong Phần 4 bên trên.
2. Tôi có thẩm quyền hợp pháp để đồng ý cho trẻ vị thành niên có tên bên trên tiêm vắc-xin.
3. Tôi không buộc phải đi cùng trẻ có tên bên trên đến các buổi hẹn tiêm vắc-xin và hiểu rằng, bằng việc đồng ý ở bên dưới, trẻ có thể được tiêm (các) Vắc-xin cho dù tôi có mặt hay không.
4. Nếu tôi có bảo hiểm sức khỏe chi trả cho trẻ có tên bên trên, tôi cho phép gửi hóa đơn cho công ty bảo hiểm của tôi đối với các chi phí và/hoặc chi phí tiêm (các) Vắc-xin.
5. Tôi hiểu rằng căn cứ theo luật pháp tiểu bang, tất cả thông tin tiêm chủng sẽ được nhập vào hệ thống đăng ký Louisiana Immunization Network (LINKS) do Sở Y Tế Louisiana điều hành. Có thể tìm thấy thêm thông tin về LINKS tại: <https://ldh.la.gov/index.cfm/page/3660>.

TÔI ĐỒNG Ý cho phép _____ [CHÈN TÊN CƠ SỞ TIÊM VẮC-XIN] tiêm vắc-xin cho trẻ vị thành niên có tên bên trên với các loại vắc-xin được liệt kê trong Phần 5 bên trên.

Ngày: Tháng ____ Ngày ____ Năm ____

Chữ ký của Cha Mẹ/Người Giám Hộ Hợp Pháp (có tên bên trên): _____

FOR CLINIC USE ONLY

This child qualifies for vaccination through the VFC program because he/she (check only one box); or is not qualified

(a) is enrolled in Medicaid	(b) does not have health insurance	(c) is American Indian or Alaskan Native
-----------------------------	------------------------------------	--

I certify that the Important Information Statement(s) for the vaccine(s) indicated as administered below were presented to the person or parent /guardian named above at this clinic and on the date shown here.

Clinic Name:	Date Vaccinated:	Signature and Title of the Vaccine Administrator:
--------------	------------------	---

Vaccine	Manufacturer	Lot#	Expiration Date	Route	Dose	Injection Site	EUA/VIS Date
DTaP DT Td DTaP-Hib							
Tdap							
IPV							
MMR							
HIB							
HBV							
HAV							
VARICELLA							
PPSV/PCV							
FLU							
JYNNEOS							
COVID-19							
OTHER							
OTHER							

Entered into LINKS (initial and date) _____ Notes/Comments:
