

Vắc-xin COVID-19: Giấy Đồng Ý và Sàng Lọc
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 <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: _____ Mối quan hệ của chủ hợp đồng với bệnh nhân: _____

PHẦN 2: SÀNG LỌC ĐIỀU KIỆN TIÊM VẮC-XIN: Để giúp xác định xem con quý vị có nên tiêm vắc-xin COVID-19 hay không.

	CÓ	KHÔNG	CHƯA BIẾT
1. Con quý vị hiện tại có bị bệnh không?			
2. Con quý vị có từng tiêm một liều vắc-xin COVID-19 không? Nếu có, vắc-xin nào? <input type="checkbox"/> Pfizer-BioNTech <input type="checkbox"/> Moderna			
3. <input type="checkbox"/> Một thương hiệu vắc-xin khác: _____ Ngày: _____			
4. Con quý vị đã tiêm bao nhiêu liều?			
5. Con quý vị có một bệnh trạng hoặc đang được điều trị làm cho các em bị suy giảm miễn dịch ở mức vừa phải hoặc nghiêm trọng? <i>(Điều này sẽ bao gồm, nhưng không giới hạn, điều trị ung thư, HIV, nhận ghép tạng, trị liệu ức chế miễn dịch hoặc corticosteroid liều cao, trị liệu tế bào CAR-T, cấy ghép tế bào tạo máu (HCT), hoặc suy giảm miễn dịch nguyên phát mức độ trung bình hoặc nặng.)</i>			
6. Con quý vị có từng bị phản ứng dị ứng nghiêm trọng cần điều trị bằng epinephrine hoặc EpiPen® hoặc điều đó khiến các em phải đến bệnh viện? <i>(Điều này cũng bao gồm một phản ứng dị ứng gây ra phát ban, sưng, hoặc</i>			

<p><i>suy kiệt hô hấp, bao gồm khô khè.)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Một thành phần của vắc-xin COVID-19? • Một liều vắc-xin COVID-19 trước đây? 			
<p>7. Con quý vị có từng gặp phản ứng dị ứng với một vắc-xin khác (không phải vắc-xin COVID-19) hoặc thuốc tiêm không? <i>(Bao gồm phản ứng dị ứng nghiêm trọng [ví dụ như phản vệ] yêu cầu điều trị bằng epinephrine hoặc EpiPen® hoặc khiến cho quý vị phải đến bệnh viện. Cũng bao gồm một phản ứng dị ứng gây ra phát ban, sưng, hoặc suy kiệt hô hấp, bao gồm khô khè.)</i></p>			

Chọn tất cả các tùy chọn áp dụng cho con quý vị:

- Có tiền sử viêm cơ tim hoặc viêm ngoại mạc tim
- Có tiền sử huyết khối với hội chứng giảm tiểu cầu (TTS)
- Được chẩn đoán mắc Hội Chứng Viêm Đa Hệ Thống (MIS-C hay MIS-A) sau khi nhiễm COVID-19
- Có tiền sử mắc hội chứng qua trung gian miễn dịch được xác định bởi huyết khối và giảm tiểu cầu, chẳng hạn như giảm tiểu cầu do heparin (HIT)
- Có tiền sử mắc hội chứng Guillain-Barre (GBS)
- Có tiền sử mắc bệnh COVID-19 trong vòng 3 tháng vừa qua?

PHẦN 3: THÔNG TIN VỀ RỦI RO VÀ LỢI ÍCH CỦA CÁC VẮC-XIN COVID-19

Vắc-xin COVID-19 có thể giúp người đã được tiêm vắc-xin không bị nhiễm COVID-19. Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (FDA) đã cho phép sử dụng khẩn cấp các Vắc-xin COVID-19 nhất định để ngăn ngừa COVID-19 ở những người từ 6 tháng đến 17 tuổi theo Giấy Phép Sử Dụng Khẩn Cấp (EUA), và đã phê duyệt *COMIRNATY (VẮC-XIN COVID-19, mRNA)* của Pfizer/BioNTech dành cho độ tuổi từ 16 trở lên. Để biết thông tin về từng vắc-xin và các tác dụng phụ cũng như các phản ứng dị ứng có thể xảy ra, hãy xem trang web này của FDA:

[Tài Nguyên COVID-19 Đa Ngôn Ngữ | FDA](#)

PHẦN 4: (Các) Loại / (Các) Thương Hiệu Vắc-xin COVID-19 mà tôi cho phép trẻ vị thành niên có tên bên trên nhận:

[Cha Mẹ/Người Giám Hộ khoan tròn một hoặc nhiều chỗ] *Pfizer-BioNTech/Comirnaty* *Moderna*

PHẦN 5: SỰ ĐỒNG Ý Tôi đã xem thông tin về những rủi ro và lợi ích của Vắc-xin COVID-19 (Phần 3 bên trên) và hiểu những rủi ro và lợi ích. Khi đồng ý ở bên dưới, tôi đồng ý rằng:

- Tôi đã đọc giấy đồng ý và sàng lọc này.
- Tôi đã đọc hoặc đã được nghe đọc *Tờ Thông Tin dành cho Người Được Tiêm Vắc-xin và Người Chăm Sóc* áp dụng cho độ tuổi, như được đăng tại [Tài Nguyên COVID-19 Đa Ngôn Ngữ | FDA](#), đối với mỗi loại/thương hiệu Vắc-xin COVID-19 mà trẻ vị thành niên có tên bên trên được phép nhận, như lưu ý trong Phần 4 bên trên.
- Tôi có thẩm quyền hợp pháp để đồng ý cho trẻ vị thành niên có tên bên trên tiêm Vắc-xin COVID-19.
- 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 Vắc-xin COVID-19 cho dù tôi có mặt hay không.
- 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 tiêm Vắc-xin COVID-19. Chính phủ thanh toán chi phí vắc-xin thực tế, và tôi sẽ không nhận được hóa đơn đối với phần chi phí tiêm chủng của tôi.
- 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.

TÔI ĐỒNG Ý CHO PHÉP _____ [CHÈN TÊN ĐƠN VỊ TIÊM VẮC-XIN] tiêm vắc-xin cho trẻ vị thành niên có tên ở đầu mẫu đơn này với vắc-xin COVID-19 và đã xem và đồng ý với thông tin có trong Phần 4 của mẫu đơn này.

Ngày: tháng ____ ngày ____ năm ____

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

Hãng sản xuất	Lô #	Ngày Hết Hạn	Đường dùng	Liều dùng	Cơ Sở Tiêm	Ngày Lập EUA	Cân nặng hiện tại

Nhập vào LINKS (ký tắt và ghi ngày tháng) _____ Ghi Chú/Nhận Xét: _____