COVID-19 Vaccine Consent Forms

Othello Station Pharmacy

Seattle Public Schools is committed to making its online information accessible and usable to all people, regardless of ability or technology. Meeting web accessibility guidelines and standards is an ongoing process that we are consistently working to improve.

While Seattle Public Schools endeavors to only post documents optimized for accessibility, due to the nature and complexity of some documents, an accessible version of the document may not be available. In these limited circumstances, the District will provide equally effective alternate access.

For questions and more information about this document, please contact the following:

Elona Thompson
Administrative Secretary, Mercer Middle School
eethompson@seattleschools.org

COVID-19 vaccine consent translated forms for patients at Othello Station Pharmacy:

- English form: pages 2-3
- Amharic form: pages 4-6
- Chinese form: pages 7-9
- Somali form: pages 10-12
- Spanish form: pages 13-15

Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine Patient Acknowledgment

OTHELLO STATION PHARMACY

Patient Name (Last, First):_____ DOB:____/____/_____

Phone:_____Mobile Phone:_____Email: _____

Address:_____ City, State, Zip Code: _____

Information collected in this section helps ensure we deliver equitable and patient-centered care:
Sex listed at birth (check one):

Male: ☐	Female: ☐

Gender identity/Sex (check one):

Male: ☐	Female: ☐	Non-Binary ☐	Unspecified/Indeterminant: ☐

Ethnicity (Check one):

Hispanic or Latino (Including Spanish, Mexican, Puerto Rican, Cuban, etc. ☐	Not-Hispanic A person not of Spanish culture or origin ☐

Race: (Check all that apply):

Black or African American ☐ White ☐	Asian ☐ American Indian or Alaska Native ☐	Hawaiian or Pacific Islander ☐ Other ☐

Acknowledgements:

- *I made the choice to get the COVID-19 vaccine on my own and freely. I know I have the option to refuse the vaccine. I ask that the vaccine be given to me, or to the person named above for whom I can make this request. I was given the (Fact Sheet for Vaccine Recipients and Caregivers)* for this vaccine. The fact sheet *has information about side effects and adverse reactions. I read or had read to me the information provided about the COVID-19 vaccine.*
- *I know the Food and Drug Administration (FDA) has authorized the emergency use of this vaccine. I know it is not a fully licensed FDA vaccine. I had the chance to ask questions that were answered to my satisfaction. I now know about the vaccine, alternatives, benefits, and risks, to the extent they are known and unknown at this time.*
- *I know that I must stay in the vaccine area or an area told to me by my health care provider after I receive my immunization so I am near my health care provider if I have any adverse reactions.. If I have a history of severe allergic reaction, (e.g. anaphylaxis), I must stay for 30 minutes. If I do not have a history of severe allergic reaction, I must stay for 15 minutes*
- *I know that if I have a severe allergic reaction, including difficulty breathing, swelling of my face and/or throat, a fast heartbeat, a bad rash all over my body or dizziness and weakness I should call 9-1-1 or go to the nearest hospital. I know I can call my health care provider if I have any side effects that bother me or do not go away.*
- *I was asked to join the V-SAFE program. The program does health checks on the people who get the COVID-19 vaccine. I know I should report vaccine side effects to FDA/CDC Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) at 1-800-822-7967 or https://vaers.hhs.gov/reportevent.html.*
- *I know I must get two doses of the COVID-19 vaccine and receive the same vaccine each time. I know that with all vaccines there is no promise I will become immune (not get the virus) or that I will not have side effects. I know I may choose to not get the second dose of the vaccine. But if I do not get the second dose, the chance that I will become immune may go down.*

Disclosure of Records: *I understand the organization providing my vaccine may be required to or may voluntarily disclose my vaccine-related health information to my primary care physician, my insurance plan, health systems and hospitals, and state or federal registries or other public health authorities, for purposes of treatment, payment or health care operations. I also understand the organization providing my vaccine will use and disclose my health information as described in its Notice of Privacy Practices which I may receive upon request or find on its website. If I am an employee of Seattle Cancer Care Alliance I understand that it will keep records of this vaccination for me in the SCCA Enterprise Health Database and may keep my vaccination records in Seattle Cancer Care Alliance's employee occupational health records, to the extent required or permitted by law.*

Patient (or Parent/Guardian/Authorized Representative) Signature:_____Date: _____

Name of Parent, Guardian or Authorized Representative:_____Date: _____

If you are signing on behalf of the patient, you are stating that you are authorized to make the required decisions on behalf of the patient.

INSURANCE NAME (e.g Molina, Blue-cross Blueshield)	POLICY ID NUMBER

Pfizer-BioNTech Pre-Vaccination Checklist for COVID-19 Vaccines

For vaccine recipients:

The following questions will help us determine if there is any reason you should not get the COVID-19 vaccine today.

Patient Name: _____

DOB: _____ **Age:** _____

If you answer "yes" to any question, it does not necessarily mean you should not be vaccinated. It just means additional questions may be asked. If a question is not clear, please ask your healthcare provider to explain it.

	Yes	No	Don't know
1. Are you feeling sick today?			
2. Have you ever received a dose of COVID-19 vaccine?			
• If yes, which vaccine product did you receive? ☐ Pfizer ☐ Moderna ☐ Janssen (Johnson & Johnson) Date(s) administered: _____			
3. Have you ever had an allergic reaction to: (This would include a severe allergic reaction [e.g., anaphylaxis] that required treatment with epinephrine or EpiPen® or that caused you to go to the hospital. It would also include an allergic reaction that occurred within 4 hours that caused hives, swelling, or respiratory distress, including wheezing.)			
• A component of a COVID-19 vaccine including either of the following:			
○ Polyethylene glycol (PEG), which is found in some medications, such as laxatives and preparations for colonoscopy procedures			
○ Polysorbate, which is found in some vaccines, film coated tablets, and intravenous steroids.			
• A previous dose of COVID-19 vaccine.			
• A vaccine or injectable therapy that contains multiple components, one of which is a COVID-19 vaccine component, but it is not known which component elicited the immediate reaction.			
4. Have you ever had an allergic reaction to another vaccine (other than COVID-19 vaccine) or an injectable medication? (This would include a severe allergic reaction [e.g., anaphylaxis] that required treatment with epinephrine or EpiPen® or that caused you to go to the hospital. It would also include an allergic reaction that occurred within 4 hours that caused hives, swelling, or respiratory distress, including wheezing.)			
5. Have you ever had a severe allergic reaction (e.g., anaphylaxis) to something other than a component of COVID-19 vaccine, or any vaccine or injectable medication? This would include food, pet, venom, environmental, or oral medication allergies.			
6. Have you received any vaccine in the last 14 days?			
7. Have you ever had a positive test for COVID-19 or has a doctor ever told you that you had COVID-19?			
8. Have you received passive antibody therapy (monoclonal antibodies or convalescent serum) as treatment for COVID-19?			
9. Do you have a weakened immune system caused by something such as HIV infection or cancer or do you take immunosuppressive drugs or therapies?			
10. Do you have a bleeding disorder or are you taking a blood thinner?			
11. Are you pregnant or breastfeeding?			
12. Do you have dermal fillers?			

FOR CLINIC USE ONLY

Date vaccine administered:_____ Lot number: _____ Site of IM injection: **RDT / LDT**

Vaccine Manufacturer / Dose (**Circle One**): Pfizer: **0.3**ml Pfizer: **0.2**ml Child under 11

Form reviewed by _____ **Date** _____

Adapted with appreciation from the Immunization Action Coalition (IAC) screening checklist

የፋይዘር (Pfizer)- ባዮንቴክ (BioNTech) COVID-19 ክትባት ታካሚ እውቅና

የታካሚው ስም (የአያት ፣ የመጀመሪያ ስም):_____ የልደት ቀን:__/____/_____

ስልክ ቁጥር:_____የእጅ ስልክ ቁጥር:_____ኢሜል: _____

አድራሻ:_____ ከተማ, ግዛት, ዚፕ ኮድ: _____

በዚህ ክፍል የተሰበሰበው መረጃ ፍትሃዊ እና ታካሚውን ያተኮረ እንክብካቤ እንድናቀርብ ያግዘናል።

በተወለዱ ጊዜ የተገለፀው ጾታ (አንዱን ይምረጡ):

ወንድ: □	ሴት: □

የፆታ ማንነት (አንዱን ይምረጡ):

ወንድ □	ሴት: □	ሁለቱንም ያልሆነ: □	ግልጽ ያልሆነ/ያልተወሰነ: □

ብሄር (አንዱን ይምረጡ):

ሂስፓኒክ ወይም ላቲኖ (ስፓኒሽ፣ ሜክሲኮ፣ ፖርቶሪካ፣ ኩባ፣ ወዘተ ጨምሮ). □	ሂስፓኒክ ያልሆነ የስፓኒሽ ባህል ወይም ተወላጅ ያልሆነ ሰው □

ዘር፡ (የሚመለከተውን ሁሉ ይምረጡ):

ጥቁር ወይም አፍሪካ አሜሪካዊ □ ነጭ □	እስያ □ የህንድ አሜሪካዊ ወይም የአላስካ ተወላጅ □	የሃዋይ ወይም የፓሲፊክ አይላንደር ነዋሪ □ ሌላ □

እውቅና:

- *የ COVID-19 ክትባትን በራሴ እና በነጻነት ለመውሰድ ምርጫ አድርጌያለሁ። ክትባቱን ላለመውሰድ አማራጭ እንዳለኝ አውቃለሁ። ክትባቱ ለኔ ወይም ይህን ጥያቄ ለመጠየቅ ለተፈቀደልኝ ከላይ ስሙ ለተጠቀሰው ሰው እንዲሰጠኝ እጠይቃለሁ። ለዚህ ክትባት (ለክትባት ተቀባዮች እና ተንከባካቢዎች የእውነታ ወረቀት) ተሰጥቶኛል። የእውነታ ወረቀቱ ስለ ክፉ ጎኖቹ እና አሉታዊ ምላሾቹ መረጃ አለው። ስለ COVID-19 ክትባት የቀረበውን መረጃ አንብቤያለሁ ወይም ተነቦልኛል።*

- *የምግብ እና የመድሀኒት አስተዳደር (FDA) ይሄንን ክትባት ለአደጋ ጊዜ መጠቀም እንዲቻል እንደፈቀደ አውቃለሁ። ሙሉ ፍቃድ ያለው የኤፍዲኤ (FDA) ክትባት እንዳልሆነ አውቃለሁ። የሚያረካኝ መልስ የተሰጣቸውን ጥያቄዎች የመጠየቅ እድል ነበረኝ። አሁን ስለ ክትባቱ፣ ስለአማራጮች፣ ስለ ጥቅሞቹ እና ለጊዜው የሚታወቁትን እና የማይታወቁትን አደጋዎች አውቃለሁ።*

- *ድንገት አሉታዊ ምላሽ ካጋጠመኝ ሃኪሜ አጠገብ እንድሆን ክትባቴን ከተቀበልኩ በኋላ ክትባት የወሰድኩበት ቦታ ላይ ወይም ሃኪሜ በነገረኝ አካባቢ መቆየት እንዳለብኝ አውቃለሁ። ከባድ የአለርጂ አፀፋዊ ምላሽ ታሪክ ካለብኝ ፣ (ለምሳሌ አናፊላክሲስ) ፣ ለ30 ደቂቃ ያህል መቆየት አለብኝ። ከባድ የአለርጂ አፀፋዊ ምላሽ ታሪክ ከሌለኝ ለ15 ደቂቃ ያህል መቆየት አለብኝ*

- *ከባድ የአለርጂ ችግር ከገጠመኝ ፣ የመተንፈስ ችግርን ፣ የፊት እና/ወይም የጉሮሮ እብጠትን ፣ ፈጣን የልብ ምታትን ፣ መለ ሰውነቴ ላይ መጥፎ ሽፍታን ወይም የራስ ማዞር እና የድክመት ስሜትንም ጨምሮ 9-1-1 መደወል ወይም አቅራቢያዬ ወደሚገኝ ሆስፒታል መሄድ እንዳለብኝ አውቃለሁ። የሚረብሹኝ ወይም የማይጠፉ የጎንዮሽ ጉዳቶች ከገጠሙኝ ለሃኪሜ መደወል እንደምችል አውቃለሁ።*

- *የቪ-ሴፍ (V-SAFE) ፕሮግራም ውስጥ እንድገባ ተጠይቄአለሁ። ፕሮግራሙ የ COVID-19 ን ክትባት የወሰዱ ሰዎችን ጤንነት የከታተለል። የክትባት የጎንዮሽ ጉዳቶች በ 1-800-822-7967 ወይም https://vaers.hhs.gov/reportevent.html ላይ ለ ኤፍዲኤ/ሲዲሲ የክትባት አሉታዊ ሪፖርቲግ ስርአት ላይ (ቪኤኢአርኤስ) (FDA/CDC Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS)) ሪፖርት ማድረግ እንዳለብኝ አውቃለሁ።*

- *ሁለት የ COVID-19 ክትባት መውሰድ እንዳለብኝ እና ሁለቱንም ጊዜ ተመሳሳይ ክትባት መውሰድ እንዳለብኝ አውቃለሁ። ሁሉም ክትባቶች በሽታውን ሙሉ ለሙሉ ለመከላከል ዋስትና እንደሌላቸው (ቫይረሱን እንደማልይዝ ቃል እንደማይገቡ) ወይም የጎንዮሽ ጉዳቶች እንደማይገጥመኝ ዋስትና እንደሌላቸው አውቃለሁ። በተጨማሪም ሁለተኛውን የክትባት ዙር ላለመውሰድ መብት እንዳለኝ አውቃለሁ። ነገር ግን ሁለተኛውን ዙር ካልወሰድኩኝ በሽታውን የመከላከል እድሉ ሊቀንስ ይችላል።*

የመዝገብ ማሳሰቢያ፡ *ክትባቴን የሚያቀርበው ድርጅት ከክትባት ጋር የተገናኘ የጤና መረጃዬን ለህክምና, ለክፍያ ወይም ለጤና እንክብካቤ ስራዎች ዓላማ ለሀኪሜ ፣ ለኢንሹራንስ ፕላኔ ፣ ለጤና መመሪያዎች እና ሆስፒታሎች፣ እና ለክልል ወይም ለፌደራል መዝገብ ቤቶች ወይም ለሌሎች የህዝብ ጤና ባለስልጣናት በፈቃደኝነት እንደሚያሳውቅ ተረድቻለሁ። ክትባቴን የሚያቀርበው ድርጅት ስጠይቅ ወይም በድረ-ገጹ ላይ ላገኘው የምችለውን የግላዊነት ተግባራት ማስታወቂያ (Notice of Privacy Practices) ላይ በተገለጸው መሰረት የጤና መረጃዬን እንደሚጠቀም እና እንደሚያሳውቅ ተረድቻለሁ። የሲያትል ካንሰር ኬር አሊያንስ ሰራተኛ ከሆንኩ የዚህን ክትባት መዝገቦች በSCCA Enterprise Health Database ውስጥ እንደሚያስቀምጥልኝ ተረድቻለሁ እናም የክትባት መዝገቡን ሕጉ በሚፈቅደው ወይም በሚያስፈልገው መጠን የክትባት መዝገቡን በሲያትል ካንሰር ኬር አሊያንስ የሰራተኛ የሥራ ጤና መዛግብት ውስጥ ማስቀመጥ እችላለሁ።*

የታካሚ (ወይም የወላጅ/አሳዳጊ/ፈቃድ ያለው ተወካይ) ፊርማ:_____ቀን: _____

የወላጅ፣ የአሳዳጊ ወይም ፈቃድ ያለው ተወካይ ስም:_____ቀን: _____

በሸተኛውን ወክለው የሚፈርሙ ከሆነ፣ በሸተኛውን ወክለው አስፈላጊውን ውሳኔ ለማድረግ ስልጣን እንዳለዎት እየገለጹ ነው።

ቅድመ-ክትባት መጠይቅ ለ COVID-19 ክትባቶች

ለተከታቢዎች:

የሚከተሉት ጥያቄዎች ዛሬ የ COVID-19 ክትባት እናዳያገኙ የሚያደርግዎት የትኛውም አይነት ምክኒያት ካለ ለማወቅ ይረዳናል።

የታካሚው ስም _____

እድሜ _____

"አዎ" ብለው ለየትኛውም ጥያቄ መመለስዎ፣ ክትባቱን የግዴታ ማግኘት የለብዎትም ማለት አይደለም። ተጨማሪ ጥያቄ ሊያስፈልግዎት እንደሚችል ማሳያ ነው። ግልጽ ያልሆነልዎት ጥያቄ ካለ፣ እባክዎ የጤና እርዳታ አቅራቢዎ እንዲያብራራልዎት ይጠይቁ።

	አዎ	**አይ**	**አላውቅም**
1. ዛሬ ህመም እየተሰማዎት ነው?			
2. እስካሁን ድረስ የ COVID-19 ክትባት ወስደዋል?			
• አዎ ከሆነ መልስዎ፣ የትኛውን የክትባት ምርት ነው የወሰዱት? ☐ Pfizer ☐ Moderna ☐ Janssen (Johnson & Johnson) ☐ ሌላ ምርት _____			
3. የአላርጂክ የሰውነት ምላሽ ኖርዎት ያውቃል: (ይህ የከፋ የሰውነት አላርጂክ ምላሽ [ምሳሌ፣ አናፊላክሲስን] ሆኖ በኢፒነፍሪን ወይም ኢፒፐኢን (EpiPen®) መታከምን ወይም ሆስፒታል መሄድን ያስከተለን ያጠቃልላል። በ 4 ሰአት ውስጥ ያጋጠመ የአላርጂክ የሰውነት ምላሽ ሆንኖ የቆዳ ሽፍታ፣ እብጠት፣ የትንፋሽ መጨናነቅ እና የአተነፋፈስ ድምጽ መቀየርን ያጠቃልላል።)			
• የ COVID-19 ክትባት አካል የሆነ ከሚከተለው ውስጥ ማንኛውም ክፍል:			
○ ፖሊኢታይሊን ግላይኮል (Polyethylene glycol (PEG))፣ እንደ የሆድ ድርቀት መድሃኒቶች እና የአንጀት ውስጥ መመልከቻ ሂደቶች ውህድ ውስጥ ያለ			
○ ፖሊሶርቤት (Polysorbate)፣ በተወሰኑ ክትባቶች፣ የተሸፈኑ መድሃኒቶች፣ በደም ስር የሚሰጡ ስቴሮይድ መድሃኒቶች ውስጥ ይገኛል።			
• ከዚህ በፊት የወሰዱት የ COVID-19 ክትባት			
• ክትባት ወይም የሚወጋ መድሃኒት ሆኖ በውስጡ ብዙ ንጥረ-ነገሮችን የያዘ፣ አንዱ የ COVID-19 ክትባት፣ ነገር ግን የትኛው ክፍል ምላሹን እንዳስከተለ የማይታወቅ።			
4. ለሌላ ክትባት (ከ COVID-19 ክትባት ውጪ) ወይም ለሌላ ለሚወጋ መድሃኒት አላርጂክ የሰውነት ምላሽ ኖርዎት ያውቃል? (ይህ የከፋ የሰውነት አላርጂክ ምላሽ [ምሳሌ፣ አናፊላክሲስን] ሆኖ በኢፒነፍሪን ወይም ኢፒፐኢን (EpiPen®) መታከምን ወይም ሆስፒታል መሄድን ያስከተለን ያጠቃልላል። በ 4 ሰአት ውስጥ ያጋጠመ የአላርጂክ የሰውነት ምላሽ ሆንኖ የቆዳ ሽፍታ፣ እብጠት፣ የትንፋሽ መጨናነቅ እና የአተነፋፈስ ድምጽ መቀየርን ያጠቃልላል።)			
5. ከ COVID-19 ክትባት አካል ወጪ ለሆነ፣ ለሌላ ክትባት ወይም የሚወጋ መድሃኒት የከፋ የአላርጂክ የሰውነት ምላሽ (ምሳሌ: አናፊላክሲስ) ኖርዎት ያውቃል? ይህም ምግብን፣ የቤት እንስሳትን፣ የእባብ መርዝን፣ አካባቢያዊ ወይም በአፍ የሚወሰድ አላርጂዎችን ያጠቃልላል።			
6. ባለፉት 14 ቀናት ውስጥ የትኛውም አይነት ክትባት ተከትበዋል?			
7. ለ COVID-19 ፖዘቲቭ ሆነው ያውቃሉ ወይም በሃኪም COVID-19 እንዳለዎት ተነግሮታል?			
8. ለ COVID-19 ህክምና እንዲሆን የተዘጋጀ የጸረ-ህዋስ (ሞኖክሎናል ጸረ-ህዋሶች ወይም ኮንቫለሰነት ሴረም) (passive antibody therapy (monoclonal antibodies or convalescent serum)) ወስደው ያውቃሉ?			
9. እንደ ኤች.አይ.ቪ. (HIV) በሽታ ወይም ካንሰር በመሰሉ ህመሞች ወይም የበሽታ የመከላከል አቅምን በሚቀንሱ መድሃኒቶች ምክኒያት የቀነሰ የበሽታ የመከላከል አቅም አልዎት?			

10. የደም መድማት ችግር አለብዎት ወይም ደም የሚይቀጥኑ መድሃኒቶች ይወስዳሉ?			
11. እርጉዝ ነዎት ወይም ጡት ያጠባሉ?			
12. በቆዳ ውስጥ የሚሰጡ መድሃኒቶች አልዎት?			

ቅጹ ታይቷል _____ **ቀን** _____

03/15/2021 CS321629-E

ከክትባት ስራ ጥምረት (Immunization Action Coalition (IAC)) የመለያ መጠይቅ የተወሰደ

輝瑞（Pfizer-BioNTech）COVID-19 疫苗接種確認書

患者姓名（姓、名):_____ 出生日期:__/____/_____

電話號碼:_____手機號碼:_____電子郵件: _____

地址:_____ 城市、州、郵政編碼: _____

本部分收集的信息有助於確保我們提供公平和以患者為中心的護理:

出生時列出的性別 (勾選一項):

男性: ☐	女性: ☐

性別認同 (勾選一項):

男性: ☐	女性: ☐	非二元： ☐	未指定/不確定: ☐

族裔 (勾選一項):

西班牙裔或拉丁裔（包括西班牙裔、墨西哥裔、波多黎各裔、古巴裔等） ☐	非西班牙裔（非西班牙文化或血統的人） ☐

種族: (勾選所有適用項):

黑人或非裔美國人：☐ 白人 ☐	亞裔 ☐ 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 ☐	夏威夷人或太平洋島民 ☐ 其他 ☐

確認聲明:

- *我自己自行選擇接種 COVID-19 疫苗，我知道我可以選擇拒絕接種疫苗。我要求為我本人或上述人士接種疫苗，我可以為此人提出此要求。我收到了該疫苗的（"疫苗接受者和護理人員情況說明"）。該說明書包含有關副作用和不良反應的信息。 我已閱讀或已被告知提供給我的 COVID-19 疫苗信息。*

- *我知道食品和藥物管理局 （FDA）已授權緊急使用此疫苗. 我知道此疫苗還未獲得 FDA 的完全許可。我有提出問題並且得到了令我滿意的回答。在目前已知和未知信息的程度上， 我現在了解疫苗、替代方案、益處和風險。*

- *我知道我在接受疫苗接種後必須留在疫苗接種區或我的醫療保健提供者告訴我的區域。如果我有任何不良反應，我的醫療保健提供者就在附近。如果我有嚴重的過敏反應病史（如過敏反應），我必須停留 30 分鐘。 如果我沒有嚴重的過敏反應病史，我必須停留15分鐘。*

- *我知道如果我有嚴重的過敏反應，包括呼吸困難、面部和/或喉嚨腫脹、心跳加快、全身出現嚴重皮疹或頭暈和虛弱，我應該撥打 9-1-1 或去最近的醫院。 我知道如果我有任何令我感覺不适或不減退的副作用，我可以打電話給我的醫療保健提供者。*

- *我被要求加入 V-SAFE 計劃。該計劃對接種 COVID-19 疫苗的人進行健康跟踪檢查。 我知道我應該通過 1-800-822-7967 或 https://vaers.hhs.gov/reportevent.html 向 FDA/CDC 疫苗不良事件報告系統 (VAERS) 報告疫苗副作用。*

- *我知道我必須接種兩劑 COVID-19 疫苗，並且每次接種相同的疫苗。 我知道所有疫苗都無法保證我會免疫（不會感染病毒）或不會產生副作用。 我知道我可以選擇不接種第二劑疫苗， 但是如果我沒有接種第二劑，我獲得免疫力的機率可能會減少。*

記錄披露: *我了解为我提供疫苗接种的組織可能需要或可能自願向我的初級保健醫生、我的保險計劃、衛生系統和醫院以及州或聯邦纪事办公室或其他公共衛生當局披露与我的疫苗接种相關的健康信息，以便为了治療、付款或醫療保健業務。我也了解为我提供疫苗接种的組織將按照其《隱私慣例通知》中的說明来使用和披露我的健康信息，並且如果我提出要求，我可能會收到或在其網站上找到該通知。 如果我是西雅圖癌症護理聯盟的一名員工，我理解它將在 SCCA 企業健康數據庫中為我保存此疫苗接種的記錄，並且在依法要求或允許的範圍內可以將我的疫苗接種記錄保存在西雅圖癌症護理聯盟的員工職業健康記錄中。*

患者（或家長/監護人/授權代表）簽名:_____日期: _____

家長、監護人或授權代表的姓名:_____日期: _____

如果您代表患者签名，则表示您已获授权代表患者做出所需的决定。

COVID-19疫苗
接種前檢查清單

致疫苗接種者：

以下的問題可以幫助我們確認您今天是否因任何原因而不適合接種COVID-19疫苗。

患者姓名 _____

年齡 _____

如果您對任何問題回答“是”，這並不一定代表您不應該接種疫苗。這只代表我們可能會追加問您一些問題。如果您對任何問題有疑問，請諮詢您的醫療保健提供者。

	是	否	不知道
1. 您今天是否感到不適？			
2. 您是否已接種過一劑COVID-19的疫苗？			
• 如果是，是哪一種疫苗？ ☐ 輝瑞 ☐ 莫德納 ☐ 楊森 ☐ 其他疫苗 _____			
3. 您是否對以下各項曾有過敏反應: (包括嚴重過敏反應[例如過敏性休克]，需要使用腎上腺素或EpiPen *進行治療，或因此需到醫院就診。亦包括在4小時內發生而引起蕁麻疹、腫脹或呼吸窘迫[包括呼吸喘鳴]的過敏反應。)			
• COVID-19疫苗中的成分，包括以下任一種：			
○ 聚乙二醇（PEG），這種物質存在於某些藥物中，例如瀉藥和結腸鏡檢查準備劑。			
○ 聚山梨酯，可在某些疫苗，薄膜包衣藥片和靜脈注射類固醇中找到。			
• 前一劑COVID-19疫苗。			
• 包含多種成分的疫苗或注射療法，其中一種成分亦存在於COVID-19疫苗中，但尚未清楚是哪種成分引起了即時反應。			
4. 您是否曾對另一種疫苗（非COVID-19疫苗）或注射藥物有過敏反應？ (包括嚴重過敏反應[例如過敏性休克]，需要使用腎上腺素或EpiPen *進行治療，或因此需到醫院就診。亦包括在4小時內發生而引起蕁麻疹、腫脹或呼吸窘迫 [包括呼吸喘鳴]的過敏反應。)			
5. 您是否曾對COVID-19疫苗成分以外的其他物質、或任何疫苗或注射藥物有嚴重的過敏反應[例如過敏性休克]？包括食物、寵物、毒液、環境或口服藥物過敏。			
6. 最近14天內您是否有接種過任何疫苗？			
7. 您是否曾檢測COVID-19結果呈陽性，或者有醫生告訴過您您患有COVID-19？			
8. 您是否已接受被動抗體療法（單克隆抗體或恢復期血清）以治療COVID-19？			
9. 您是否因HIV感染或癌症之類的原因，導致免疫系統減弱，或者您是否正在服用免疫抑制藥物或接受免疫抑制治療？			
10. 您是否患有出血性疾病或正在服用血液稀釋劑?			

11. 您是否懷孕或正處於哺乳期？			
12. 您是否使用皮膚填充劑？			

表格審核員：_____ 日期 _____

03/15/2021 CS321629-E

借鑒於免疫接種行動聯盟（IAC)的篩查清單，特此致謝。

Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine Patient Acknowledgment
(Qiritaanka Bukaanka Tallaalka COVID-19 ee Pfizer-BioNTech)

Patient Name (Magaca Bukaanka (Dambe, Koowaad): _____ DOB (Taariikh-dhalasho): ____/____/_____

Phone (Telefoon): _____ Mobile Phone (Foon Gacan): _____ Email:_____

Address (Cinwaan): _____ City, State, Zip Code (Magaalo, Gobol, Zip Code): _____

Macluumaadka qeybtaan lagu aruuriyo waxay sugtaa in aan keeno daryeel loo-simanyahay oo bukaanka ku saleysan:
Sex listed at birth (Jinsiga la qoray dhalasho) (Dooro mid):

Male (Lab): ☐	Female (Dheddig): ☐

Gender identity (Aqoonsiga jinsiga (dooro mid)):

Male (Lab): ☐	Female (Dheddig): ☐	Non-Binary (Jinsi-lahayn) ☐	Unspecified/Indeterminant (Aan-la-sheegin/go'aansan): ☐

Ethnicity (Qoomiyad) (Dooro mid):

Hispanic or Latino (Including Spanish, Mexican, Puerto Rican, Cuban, etc (Isbaanish ama Latino (Isbaanish, Meksigaan, Puerto Rican, Cuban, etc): ☐	Not-Hispanic A person not of Spanish culture or origin (Isbaanish ahayn Qof isir ama dhaqan ahaan Isbaanish ahayn) ☐

Race (Jinsi-midab) (Dooro kulli inta quseysa):

Black or African American (Madow ama Afrikaan Mareykan) ☐	Asian ☐	Hawaiian or Pacific Islander (Hawaiian ama Pacific Islander) ☐
White (Caddaan) ☐	American Indian or Alaska Native (American Indian ama Alaska Native) ☐	Other (Cid-kale) ☐

Qiritaan:

- *Waxaan doortay inaan ku qaato tallaalka COVID-19 ikhtiyaarkeyga iyo si xor ah. Waxaan ogahay in aan leeyahay ikhtiyaarka in aan ku diidi karo tallaalka. Waxaan codsanayaa tallaalka in la isiiyo, ama qofka kor ku xusan la siiyo kaasoo codsigaan aan u sameyn karo. Waxaa la isiiyay (Xaashida Xaqiiqada Tallaal Qaatayaasha iyo Daryeeleyaasha) ee tallaalkaan. Xaashida xaqiiqada waxaa ku yaalla macluumaad ku saabsan waxyeellooyinka iyo falcelinnada xunxun. Waan akhriyay ama waa la ii akhriyay macluumaadka laga bixiyay tallaalka COVID-19.*
- *Waan ogahay Food and Drug Administration (FDA) inay oggolaatay isticmaalka amarjansiga ee tallaalkaan. Waan ogahay inuusan ahayn tallaal FDA leysin ka haysta. Waxaan helay jaansi aan su'aalo ku weydiiyo oo la iiga jawaabay ilaa aan ka qancay. Hadda waxaan wax ka ogahay tallaalkaan, beddelladiisa, faaiidooyinka, iyo khataraha, illaa xadka la ogyahay ama aan la ogeyn xilligaan.*
- *Waan ogahay waa in aan joogo aagga tallaalka ama aag daryeel-bixiyaheyga caafimaad ii sheegay in aan joogo kadib markaan qaato tallaalka si aan u agjoogo daryeel-bixiyaheyga caafimaad haddii aan qaado wax falcelin xasaasiyad ah. Haddaan taariikh u leeyahay falcelin xasaasiyad daran, (tusaale, xasaasiyad khatar ah), waa in aan joogo 30 daqiiqo. Haddaanan u lahayn taariikh falcelin xasaasiyad daran, waa in aan joogo 15 daqiiqo.*
- *Waan ogahay haddii aan qaado waxyeello xasaasiyad daran, oo ay ku jiraan neefsasho dhib ah, barar wajigeyga iyo/ama cunaha, wadno-garaac dhaqso ah, furuuruc xun oo oogadeyda oo dhan ah ama dawakhnaan iyo tabardarro waa in aan waco 9-1-1 ama aado isbitaalka iigu dhaw. Waan ogahay in aan wici karo dhaqtarkeyga haddii aan yeesho waxyeello idhiba ama iga tagi waaya.*
- *Waxaa la iga codsaday in aan ku biiro barnaamijka V-SAFE. Barnaamijku wuxuu baaritaanno caafimaad ku sameeyaa dadka qaata tallaalka COVID-19. Waan ogahay waa in aan ka wargeliyo waxyeellooyinka tallaalka Nidaamka Wargelitna Dhacda Xun ee Tallaalka FDA/CDC (VAERS): 1-800-822-7967 ama https://vaers.hhs.gov/reportevent.html.*
- *Waan ogahay waa in aan qaato labo irbad tallaalka COVID-19 waana in aan qaato isla tallaalkaas waqtikiiba. Waan ogahay in aysan jirin ballanqaad la jirta dhammaan tallaallada in aan difaac u yeelan doono (feyraska qaadi doonin) ama waxyeellooyin qaadi doonin. Waan ogahay in aan dooran karo inaanan qaadan irbadda labaad ee tallaalka. Laakiin haddii aanan qaadan irbadda labaad, jaansiga aan difaac ku yeelan doono hoos buu u dhici karaa.*

Bandhigis Diiwaan: *Waxaan fahansanahay hay'adda bixineysa tallaalkeyga in ay waajib ku tahay ama iskeed u bandhigi karto macluumaadkeyga caafimaadka tallaalka la xiriira dhaqtarkeyga caafimaadka guud, qorshaha ceymiskeyga caafimaadka, nidaamyada caafimaadka iyo isbitaallada, iyo diiwaannada gobolka ama federaalka ama hay'adaha caafimaadka dadweynaha kale, sababtoo ah ujeedooyin daaweyn, lacag-bixin ama hawlfulinno daryeel caafimaad. Waxaan sidookale fahansanahay hay'adda bixineysa tallaalkeyga in ay isticmaali oo bandhigi doonto macluumaadkeyga caafimaadka sida ku xusan Ogeysiiskeed Dhaqamada Xog-dhawrista kaasoo aan ku heli karo codsi ama ka heli karo boggeeda khad. Haddii aan ahay shaqaale Seattle Cancer Care Alliance waxaan fahansanahay in ay iigu hayn doonto diiwaannada tallaalkaan rugta xogta SCCA Enterprise Health Database oo ku hayn karto diiwaannadeyda talaalka diiwaannada caafimaadka shaqaalaha ee Seattle Cancer Care Alliance, illaa xadka sharcigu oggolyahay.*

Saxiixa Bukaanka (ama Waalid/Walli/Wakiil La-oggolaaday) : _____ Date (Taariikh): _____
Patient (or Parent/Guardian/Authorized Representative) Signature:

Magaca Bukaanka, Walliga ama Wakiilka La-oggolaaday: _____ Datę (Taariikh): _____
Name of Parent, Guardian or Authorized Representative:

Haddii aad u saxiixeysid bukaanka, waxaad leedahay waxaa la ii oggolyahay sameynta go'aamada loo baahanyahay ee metelaadda bukaanka.

Liiska hubinta tallalka ka hor ee tallalka COVID-19

Magaca bukaanka _____

Da'da _____

Loogu talagalay dadka qaadanayatallalka:

Su'aalaha soo socda ayaa naga caawin doona go'aminta hadii ay jirto wax sabab ah oo kaa celineysa qaadashada tallalka COVID-19.

Haddii aad 'Haa' Ku jawaabto su'aal micneheedu maaha inaadan tallal qaadanaynin. Waxay un ka higan tahay su'aalo dheeraad ah ayaa lagu weydiin karaa.
Hadii ay jirto sua'aal aan addayn,fadlan weydii daryeel-bixiyahaaga caafimaad in uu kuu sharraxo.

	Haa	Maya	Ma Ogi
1. Ma dareemeysaa wax xanuun ah maanta?			
2. Waligaa ma qaadatay tallalka COVID-19 ?			
• Haday haa tahay jawaabtaadu,tallal nocee ah ayaad qaadatay? ☐ Pfizer ☐ Moderna ☐ Janssen (Johnson & Johnson) ☐ Nooc kale _____			
3. Waligaa xasaasiyad ma ka qaaday: (Waxaa ka mid noqon kara xasaasiyad daran[sida 'anaphylaxis'] oo u baahatay in lagu daaweyo epinephrine ama EpiPen® ama kugu kalliftay inaad aadid cisbitaalka. Waxaa ku jiri kara oo kale xasaasiyad timid 4 saacadood gudohooda oo sababtay finan,barar ama ciriiri xaga neefsashada ah oo ay ku jirto xiiqsasho.)			
• Qayb ka mid ah tallalka COVID-19 oo ay ku jiraan waxyaalaha soo socda midkood:			
○ Polyethylene glycol (PEG), oo laga helo daawoyinka qaar, sidha kuwa caloosha jilciya iyo u diyaargarowga hababka baarista xiidmaha.			
○ Polysorbate, oo laga helo tallalada qaarkood, kiniiniyada dahaarka leh, iyo steriodska xididada laga qaato.			
• Qiyaas hore oo tallalka COVID-19 ah.			
• Tallal ama daawo la isku duro oo ka kooban dhowr qeybood, mid ka mid ah qeybahaasna uu qayb ka yahay tallalka COVID-19,laakiin aan la ogeyn qaybta keentay xasaasiyada degdega ah.			
4. Waligaa xasaayiyad ma ka qaaday tallal kale (oo aan ka ahayn tallalka COVID-19) ama daawo la isku duro? (Waxaa ka mid noqon kara xasaasiyad daran[sida 'anaphylaxis'] oo u baahatay in lagu daaweyo epinephrine ama EpiPen® ama kugu kalliftay inaad aadid cisbitaalka. Waxaa ku jiri kara oo kale xasaasiyad timid 4 saacadood gudohooda oo sababtay finan,barar ama ciriiri xaga neefsashada ah oo ay ku jirto xiiqsasho)			
5. Waligaa xasaasiyad daran (sida ' anaphylaxis') ma ka qaaday wax aan ka ahayn qayb ka mid ah tallalka COVID-19 , ama tallal kale ama daawo la isku duro ? Waxaa tan ka mid noqon kara cunto,xayawaan la korsado,sunta,deegaanka ,ama xasaasiyada daawoyinka afka laga qaato			
6. Ma heshay wax tallal ah 14-kii maalmood ee la soo dhaafay?			
7. Waligaa baaritaan caafimaad ka dib ma lagugu sheegay COVID-19 ama dakhtar waligaa ma ku			

dhahay waxaad qabtaa COVID-19?			
8. Miyaad daawo ahaan u heshay daaweynta antibody-ga ee dadban (unugyada difaca jirka ee monoclonal ama unugyada dhiiga dadka ka bogsaday cudurka) ?			
9. Difaaca jirkaaga daciif ma yahay taasoo sabab u yahay infekshinka HIV ama kansar mise qaadataa daawoyinka hakiya difaaca jirka?			
10. Ma leedahay cillad dhiigbax ah mise qaadataa daawoyinka lidka ku ah xinjirowga dhiiga ?			
11. Uur ma leedahay mise waad naas nuujineysaa ?			
12. Ma qaadataa irbada lagu buuxiyo maqaarka?			

Foomka waxaa dib u eegay _____ **Taarikhda**_____

03/15/2021 CS321629-E
Waxaa laga soo qaatay iyadoo eey qadarin la socoto liiska hubinta
ee immunization Action Coalition (IAC)

Declaración por parte de el/la paciente para la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech

Nombre de el/la paciente (apellido, nombre): _____Fecha de nacimiento: ____/____/_____

Teléfono: _____ Teléfono móvil: _____Correo electrónico: _____

Dirección: _____ Ciudad, estado, código postal: _____

La información recolectada en esta sección nos ayuda a asegurar una atención medica equitativa y enfocada en usted

Sexo asignado al nacer (marque uno):

Masculino: ☐	Femenino: ☐

Identidad de género (marque uno):

Masculino: ☐	Femenino: ☐	No binario ☐	No especificado/Indeterminado: ☐

Origen étnico (marque uno):

Hispano(a) o latino(a) (incluye español(a), mexicano(a), puertorriqueño(a), cubano(a), etc. ☐	No hispano(a) Una persona que no tiene cultura u origen español ☐

Raza: (marque todos los que apliquen):

Negra o afroamericana ☐ Blanca ☐	Asiática ☐ Indígena americana o nativa de Alaska ☐	Hawaiana o isleña del Pacífico ☐

Declaración:

- *Tomé la decisión de recibir la vacuna contra el COVID-19 por mi propia cuenta y libremente. Sé que tengo la opción de rechazar la vacuna. Solicito que la vacuna sea aplicada a mí o a la persona nombrada arriba por quien puedo hacer esta solicitud. Me fue proporcionada la (hoja Informativa para las personas que reciben la vacuna y cuidadores) para esta vacuna. La hoja informativa contiene información sobre los efectos secundarios y reacciones adversas. Leí o me fue leída la información proporcionada sobre la vacuna contra el COVID-19.*
- *Sé que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA por sus siglas en inglés) ha autorizado el uso de emergencia de esta vacuna. Sé que esta no es una vacuna con licencia completa por parte de la FDA. Tuve la oportunidad de hacer preguntas que me fueron respondidas satisfactoriamente. Ahora tengo conocimiento de la vacuna, las alternativas, los beneficios y los riesgos, en la medida que se conocen y se desconocen en este momento.*
- *Sé que debo quedarme en el área de vacunación o en el área que me sea indicada por mi proveedor de atención médica después de recibir mi inmunización, para estar cerca de mi proveedor de atención médica si tengo alguna reacción adversa. Si tengo un historial de reacciones alérgicas graves (por ejemplo, anafilaxia), debo quedarme por 30 minutos. Si no tengo un historial de reacciones alérgicas graves, debo quedarme por 15 minutos.*
- *Sé que si tengo una reacción alérgica grave, incluyendo dificultad para respirar, hinchazón de mi cara y/o garganta, latidos de corazón rápidos, sarpullido en todo mi cuerpo o mareos y debilidad, debo llamar al 9-1-1 o ir al hospital más cercano. Sé que puedo llamar a mi proveedor de atención médica si tengo cualquier efecto secundario que me moleste o que no desaparezca.*
- *Me pidieron que me inscribiera al programa V-SAFE. El programa realiza verificaciones de salud a las personas que reciben la vacuna contra el COVID-19. Sé que debo informar de los efectos secundarios de la vacuna al Sistema de Informe de Eventos Adversos a las Vacunas (VAERS por sus siglas en inglés) de la FDA/CDC al 1-800-822-7967 o en https://vaers.hhs.gov/reportevent.htm l.*
- *Sé que debo recibir dos dosis de la vacuna contra el COVID-19 y debo recibir la misma vacuna cada vez. Sé que con todas las vacunas no hay promesa de volverme inmune (no contraer el virus) ni de que no tendré efectos secundarios. Sé que puedo elegir no recibir la segunda dosis de la vacuna. Pero si no recibo la segunda dosis, la posibilidad de que me vuelva inmune puede disminuir.*

Divulgación de registros: *Entiendo que la organización que me proporciona la vacuna puede estar obligada a divulgar, o puede divulgar voluntariamente, mi información médica relacionada con la vacuna a mi médico de cabecera, mi plan de seguro, sistemas de salud y hospitales, y registros estatales o federales u otras autoridades de salud pública para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También comprendo que la organización que me proporciona la vacuna utilizará y divulgará mi información médica como se describe en el Aviso de políticas de privacidad que puedo recibir si lo solicito o lo busco en el sitio web. Si soy empleado(a) de Seattle Cancer Care Alliance comprendo que mantendrá registros de esta vacunación para mí en la base de datos sobre la salud de SCCA Enterprise y puede mantener mis registros de vacunación en los registros de salud ocupacional de los empleados de Seattle Cancer Care Alliance en la medida requerida o permitida por la ley.*

Firma de el/la paciente (o padre/madre/tutor(a)/representante autorizado): _____ Fecha: _____

Nombre del padre, madre, tutor o representante autorizado: _____ Fecha: _____

Si está firmando en nombre de el/la paciente, está afirmando que tiene autorización para tomar las decisiones requeridas en nombre de el/la paciente.

Lista de verificación antes de la vacunación contra el COVID-19

Para quienes reciben la vacuna:

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si existe alguna razón por la cual usted no debería aplicarse la vacuna contra el COVID-19 el día de hoy.

Nombre del Paciente _____

Edad _____

Si su respuesta es "sí" en alguna de las preguntas, eso no necesariamente significaría que usted no debería vacunarse. Sólo quiere decir que se le podrían hacer preguntas adicionales. Si no entiende alguna pregunta, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

	Sí	No	No sé
1. ¿Se siente enfermo el día de hoy?			
2. ¿Ha recibido usted alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19?			
• Si la respuesta es "sí", ¿cuál vacuna le fue aplicada? ☐ Pfizer ☐ Moderna ☐ Janssen (*Johnson & Johnson*) ☐ Otro producto _____			
3. ¿Ha tenido usted alguna vez una reacción alérgica a lo siguiente? (Esto incluye cualquier reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxis) que haya requerido tratamiento con epinefrina o *EpiPen®*, o que haya hecho que usted tuviera que ir al hospital. También incluye cualquier reacción alérgica que haya ocurrido en un período de 4 horas y que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).			
• Algún componente de las vacunas contra el COVID-19, como cualquiera de los siguientes:			
○ Polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como los laxantes y preparaciones para los procedimientos de colonoscopia.			
○ Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, pastillas o comprimidos recubiertos y esteroides intravenosos.			
• Alguna dosis previa de la vacuna contra el COVID-19.			
• Alguna vacuna o terapia inyectable que contenga múltiples componentes, y que uno de los cuales sea un componente de la vacuna contra el COVID-19, pero no se sabe cuál provocó la reacción inmediata.			
4. ¿Ha presentado alguna vez cualquier tipo de reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna contra el COVID-19) o a un medicamento inyectable? (Esto incluye cualquier reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxis) que haya requerido tratamiento con epinefrina o *EpiPen®*, o que haya hecho que usted tuviera que ir al hospital. También incluye cualquier reacción alérgica que haya ocurrido en un período de 4 horas y que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).			
5. ¿Ha presentado alguna vez cualquier reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxis) a otra cosa que no sea un componente de la vacuna contra el COVID-19, o a alguna vacuna o medicamento inyectable? Esto incluye alergias a alimentos, mascotas, venenos, ciertos ambientes o medicamentos orales.			
6. ¿Ha recibido usted alguna vacuna dentro de los últimos 14 días?			
7. ¿Ha dado positivo en alguna prueba de COVID-19 o algún médico le ha dicho que tuvo COVID-19?			
8. ¿Ha recibido usted terapia pasiva de anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente) como tratamiento para el COVID-19?			

. ¿Tiene usted un sistema inmunológico debilitado a causa de algún motivo particular, como una infección por VIH o por cáncer, o está tomando medicamentos o terapias inmunosupresoras?			
10. ¿Tiene usted algún trastorno hemorrágico o está tomando algún anticoagulante?			
11. ¿Está usted embarazada o en período de lactancia?			
12. ¿Tiene usted rellenos dérmicos?			

Formulario revisado por _____ **Fecha** _____

15/03/2021 CS321629-E

Adaptado con reconocimiento de las listas de verificación de la *Immunization Action Coalition* (IAC, Coalición de Acción para la Inmunización).