



# County of Fairfax, Virginia

To protect and enrich the quality of life for the people, neighborhoods, and diverse communities of Fairfax County

## **MẪU CHẤP THUẬN CHÍCH NGỪA CHO TRẺ VỊ THÀNH NIÊN** (Thuốc chích ngừa Tdap/Td (Uốn ván, bạch hầu, ho gà/Uốn ván, bạch hầu), HPV, Viêm màng não mô cầu ACWY)

Tên: \_\_\_\_\_

Họ Tên Tên đệm

Ngày sinh: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Tuổi: \_\_\_\_ Giới tính:  Nam  Nữ

Tên phụ huynh/người giám hộ (nếu là trẻ vị thành niên): \_\_\_\_\_  
Họ Tên Đệm

Địa chỉ: \_\_\_\_\_ Thành phố: \_\_\_\_\_ Mã ZIP: \_\_\_\_\_

Cấp lớp: \_\_\_\_\_ Trường: \_\_\_\_\_

**QUAN TRỌNG** Số điện thoại của Phụ huynh/Người giám hộ Nhà riêng: \_\_\_\_\_ Di động: \_\_\_\_\_ Nơi làm việc: \_\_\_\_\_

Người liên lạc Khẩn cấp: \_\_\_\_\_ Số liên lạc khẩn cấp: \_\_\_\_\_

(Nếu không phải là Chủ Hộ gia đình)

Con tôi đủ 11 tuổi trở lên vào ngày chích ngừa theo lịch:

ĐÚNG  KHÔNG

Vui lòng đánh dấu vào **CÓ** hoặc **KHÔNG** cho tất cả các câu hỏi bên dưới để xác định xem liệu con quý vị có được tiêm thuốc chích ngừa được cung cấp ở trường hay không. Y tá chích ngừa sẽ xem xét thông tin này vào ngày chích ngừa.

**CÓ** **KHÔNG** **KHÔNG**  
**CHẮC**

Con quý vị có bao giờ gặp phản ứng dị ứng nghiêm trọng với các loại thuốc, thực phẩm, thành phần thuốc chích ngừa, men hoặc latex không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con quý vị có từng gặp phản ứng nghiêm trọng với liều chích ngừa Tdap/Td, HPV hoặc viêm màng não mô cầu trước đó không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con quý vị có bị hôn mê, giảm mức độ tỉnh táo hoặc co giật kéo dài hoặc nhiều lần trong vòng 7 (bảy) ngày sau khi chích một liều DTP, DTaP hoặc Tdap/Td không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con quý vị có tiền sử bị động kinh hoặc có vấn đề khác về hệ thần kinh không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con quý vị có bị sưng tấy hoặc phát ban cục bộ nghiêm trọng sau lần chích liều DTP, DTaP, Tdap, DT hoặc TD trước đó không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con quý vị có từng bị mắc Hội chứng Guillain-Barre (GBS) không? <b>Nếu có, hãy tham khảo ý kiến bác sĩ về việc chích ngừa Tdap. (Có thể cần có một bản ghi chú để tiến hành chích ngừa trong trường học.)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trong năm vừa qua, con quý vị có được chích globulin miễn dịch (gamma), truyền máu/các chế phẩm từ máu hoặc dùng thuốc kháng virus không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con quý vị có vấn đề về hệ miễn dịch như ung thư, bệnh bạch cầu, HIV/AIDS không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trong 6 tháng qua, con quý vị có dùng các loại thuốc ảnh hưởng đến hệ miễn dịch như prednisone, steroid khác hoặc thuốc chống ung thư không; có dùng thuốc điều trị viêm khớp dạng thấp, bệnh Crohn, bệnh vẩy nến hoặc đã điều trị bằng xạ trị không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con quý vị có được chích ngừa trong 4 tuần gần đây không? Nếu có, trẻ đã được chích ngừa loại gì? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con/trẻ đang ở độ tuổi thanh thiếu niên của quý vị có đang mang thai không? <b>Nếu có, con/trẻ đang ở độ tuổi thanh thiếu niên của quý vị sẽ không được chích ngừa HPV nhưng có thể được chích ngừa các loại thuốc khác.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con quý vị có bao giờ cảm thấy chóng mặt hoặc ngất xỉu trước, trong hoặc sau khi chích ngừa không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con quý vị có lo lắng về việc chích ngừa không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



# County of Fairfax, Virginia

To protect and enrich the quality of life for the people, neighborhoods, and diverse communities of Fairfax County

## THÔNG TIN BẢO HIỂM

**Lưu ý:** Thuốc chích ngừa sẽ được cung cấp miễn phí cho con quý vị nếu trẻ hội đủ điều kiện tham gia Chương trình Chích ngừa cho Trẻ em.

\* **Bảo hiểm\***: Vui lòng trả lời những câu hỏi sau đây: Đây là thông tin bắt buộc để phục vụ mục đích tài trợ của liên bang cho thuốc chích ngừa VFC (Chương trình Chích ngừa cho Trẻ em).

- Con tôi:**
- không có bảo hiểm** (không được bảo hiểm tư nhân, Medicaid, Medicaid MCO hoặc FAMIS đài thọ)
  - là Thổ dân Mỹ hoặc Người bản địa Alaska
  - có Medicaid MCO với (khoanh tròn chương trình của quý vị):** số ID thành viên chương trình Sentara Community Care, Anthem HealthKeepers Plus, Molina Healthcare, United Healthcare Community Plan hoặc Aetna Better Health như được hiển thị trên thẻ của quý vị: \_\_\_\_\_ **Đây có phải là chương trình FAMIS không?**  Có  Không
  - có **(khoanh tròn một) Medicaid** hoặc **FAMIS** không phải là một chương trình MCO: **Medicaid #** \_\_\_\_\_
  - có bảo hiểm khác không được liệt kê ở trên.

Tôi cho phép cho Fairfax County Health Department (Sở Y tế Quận Fairfax (FCHD)) tiết lộ các hồ sơ cần thiết để hỗ trợ đơn đăng ký thanh toán bằng Medicare, Medicaid và các quyền lợi chăm sóc sức khỏe khác. Tôi yêu cầu bên thanh toán thứ ba thay mặt tôi thanh toán mọi quyền lợi được ủy quyền cho FCHD.

\_\_\_\_\_  
Chữ ký của Khách hàng, Phụ huynh/Người giám hộ Hợp pháp hoặc  
Người Hành động Thay mặt cho Cha mẹ

\_\_\_\_\_  
Ngày ký

**GIẤY PHÉP CHIA SẼ HỒ SƠ CHÍCH NGỪA CỦA HỌC SINH TRONG ĐỘ TUỔI ĐẾN TRƯỜNG** Tôi cho phép Sở Y tế Quận Fairfax (FCHD) tiết lộ thông tin về hồ sơ chích ngừa của con tôi cho hệ thống trường học nhằm mục đích rõ ràng là đáp ứng các yêu cầu đầu vào của trường học.

\_\_\_\_\_  
Chữ ký của Khách hàng, Phụ huynh/Người giám hộ Hợp pháp hoặc  
Người Hành động Thay mặt cho Cha mẹ

\_\_\_\_\_  
Ngày ký

## THÔNG BÁO MẶC NHIÊN CHẤP THUẬN XÉT NGHIỆM HIV, VIÊM GAN B HOẶC C

FCHD cung cấp cho quý vị thông báo sau theo yêu cầu của § 32.1 - 45.1 của Bộ luật Virginia (1950), đã qua sửa đổi:

- Nếu bất cứ chuyên gia chăm sóc sức khỏe, cán bộ hoặc nhân viên nào của FCHD tiếp xúc trực tiếp với máu hoặc dịch cơ thể của quý vị theo cách có thể lây bệnh, thì máu của quý vị sẽ được xét nghiệm xem có bị nhiễm virus gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV), cũng như viêm gan B và C hay không. Một bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác sẽ thông báo cho quý vị biết về kết quả xét nghiệm. Theo § 32.1 - 45.1 của Bộ luật Virginia, quý vị mặc nhiên được coi là đồng ý tiết lộ kết quả xét nghiệm cho người đã tiếp xúc với máu hay dịch cơ thể của quý vị.
- Nếu quý vị tiếp xúc trực tiếp với máu hoặc chất dịch cơ thể của chuyên gia chăm sóc sức khỏe, cán bộ hoặc nhân viên của FCHD theo cách có thể lây bệnh, thì máu của người đó sẽ được xét nghiệm xem có bị nhiễm virus gây suy giảm miễn dịch ở người (virus "AIDS") cũng như Viêm gan B và C hay không. Một bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác sẽ thông báo cho quý vị biết về kết quả xét nghiệm.



# County of Fairfax, Virginia

To protect and enrich the quality of life for the people, neighborhoods, and diverse communities of Fairfax County

## CHẤP THUẬN CHÍCH NGỪA TDAP/Td, HPV VÀ VIÊM MÀNG NÃO MÔ CẦU ACWY

### CHẤP THUẬN CHO TRẺ CHÍCH NGỪA Tdap/Td:

**CÓ**, tôi đã đọc Vaccination Information Statement (Tuyên bố Thông tin Chích ngừa (VIS)) năm 2021 cho Thuốc chích ngừa Tdap/Td, tôi hiểu các rủi ro và lợi ích, đồng thời tôi chấp thuận cho Sở Y tế và nhân viên được ủy quyền của Sở chích ngừa Tdap/Td cho con tôi có tên ở đầu mẫu chấp thuận này.

**KHÔNG**, tại thời điểm này, tôi đã quyết định **từ chối hoặc tạm hoãn** chích ngừa (các) loại thuốc chích ngừa được khuyến nghị cho con tôi, như đã nêu ở trên, bằng cách đánh dấu vào ô này.

\_\_\_\_\_  
Chữ ký của Khách hàng, Phụ huynh/Người giám hộ Hợp pháp hoặc  
Người Hành động Thay mặt cho Cha mẹ

\_\_\_\_\_  
Ngày ký

### CHẤP THUẬN CHO TRẺ CHÍCH NGỪA (Viêm màng não mô cầu) MenACWY:

**CÓ**, tôi đã đọc Tuyên bố Thông tin Chích ngừa (VIS) năm 2021 cho Thuốc chích ngừa (Viêm màng não mô cầu) MenACWY, tôi hiểu các rủi ro và lợi ích, đồng thời tôi chấp thuận cho Sở Y tế và nhân viên được ủy quyền của Sở chích ngừa Viêm màng não mô cầu ACWY cho con tôi có tên ở đầu mẫu chấp thuận này.

**Vui lòng Lưu ý: Con quý vị sẽ được chích ngừa một liều trước khi vào lớp 7 và một liều trước khi vào lớp 12.**

**KHÔNG**, tại thời điểm này, tôi đã quyết định **từ chối hoặc tạm hoãn** chích ngừa MenACWY được khuyến nghị cho con tôi, như đã nêu ở trên, bằng cách đánh dấu vào ô này.

\_\_\_\_\_  
Chữ ký của Khách hàng, Phụ huynh/Người giám hộ Hợp pháp hoặc  
Người Hành động Thay mặt cho Cha mẹ

\_\_\_\_\_  
Ngày ký

### CHẤP THUẬN CHO TRẺ CHÍCH NGỪA HPV:

**CÓ**, tôi đã đọc Tuyên bố Thông tin Chích ngừa (VIS) năm 2021 cho Thuốc chích ngừa HPV. Tôi hiểu các rủi ro và lợi ích, và tôi chấp thuận cho Sở Y tế và nhân viên được ủy quyền của Sở chích ngừa HPV cho con tôi có tên ở đầu mẫu chấp thuận này.

**Vui lòng Lưu ý: Con quý vị có thể cần 2 hoặc 3 liều chích ngừa tùy theo độ tuổi.**

**KHÔNG**, tại thời điểm này, tôi đã quyết định **từ chối hoặc tạm hoãn** chích ngừa HPV được khuyến nghị cho con tôi, như đã nêu ở trên, bằng cách đánh dấu vào ô này.

\_\_\_\_\_  
Chữ ký của Phụ huynh, Người giám hộ Hợp pháp hoặc  
Người Hành động Thay mặt cho Cha mẹ

\_\_\_\_\_  
Ngày ký



# County of Fairfax, Virginia

To protect and enrich the quality of life for the people, neighborhoods, and diverse communities of Fairfax County

## Tóm tắt Thông báo về Phương thức bảo vệ Quyền riêng tư theo HIPAA (Đạo luật về Trách nhiệm Giải trình và Cung cấp Thông tin Bảo hiểm Y tế)

Quận Fairfax hiểu rằng quyền riêng tư của quý vị là rất quan trọng. Theo các quy định của chính quyền, các cơ quan của Quận Fairfax được yêu cầu cung cấp dịch vụ y tế cho quý vị phải bảo vệ quyền riêng tư của hồ sơ chăm sóc sức khỏe của quý vị. Hồ sơ của quý vị bao gồm thông tin cá nhân có thể xác định danh tính của quý vị. Nhân viên chăm sóc sức khỏe sẽ ghi vào hồ sơ các thông tin về sức khỏe của quý vị và biện pháp điều trị quý vị đã sử dụng trong khoảng thời gian họ chăm sóc quý vị. Nếu nhân viên chăm sóc sức khỏe muốn quý vị sử dụng thêm dịch vụ thì thông tin đó cũng sẽ được ghi vào hồ sơ.

Chính sách của chúng tôi luôn là đảm bảo hồ sơ của quý vị được an toàn. Chúng tôi tuân theo các luật nghiêm ngặt nhất để bảo vệ thông tin chăm sóc sức khỏe của quý vị. Tờ áp phích này mô tả các quyền của quý vị theo quy định của chính quyền, Đạo luật về Trách nhiệm Giải trình và Cung cấp Thông tin Bảo hiểm Y tế (HIPAA). Chúng tôi phải thông báo cho quý vị biết cách chúng tôi tuân theo quy định này. Đôi khi, luật liên bang và tiểu bang sẽ thay đổi. Nếu các quy định của chính quyền thay đổi, Quận Fairfax và các cơ quan, hội đồng và ủy ban của chúng tôi có quyền thay đổi chính sách về quyền riêng tư và bất cứ phương thức bảo vệ quyền riêng tư nào của chúng tôi tại bất cứ thời điểm nào. Những thay đổi này sẽ áp dụng cho tất cả hồ sơ chăm sóc sức khỏe mà chúng tôi lưu giữ an toàn cho quý vị.

### Tóm tắt về Quyền Riêng tư của Quý vị:

- Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi liên lạc với quý vị ở nơi làm việc hoặc ở nhà. Chúng tôi sẽ cố gắng làm theo tất cả các yêu cầu hợp lý.
- Quý vị có quyền yêu cầu một bản sao hồ sơ y tế điện tử của mình. Quý vị có thể xem hồ sơ chăm sóc sức khỏe của mình hoặc yêu cầu một bản sao hồ sơ mà chúng tôi lưu giữ về quý vị. Nếu chúng tôi cho rằng quý vị có thể có phản ứng không tốt với một số nội dung trong hồ sơ, thì chúng tôi có thể từ chối yêu cầu của quý vị.
- Quý vị có thể xem các báo cáo xét nghiệm trực tiếp từ phòng xét nghiệm thực hiện các xét nghiệm đó.
- Nếu quý vị tự chi trả toàn bộ cho một dịch vụ hoặc sản phẩm chăm sóc sức khỏe, thì quý vị có thể yêu cầu chúng tôi không chia sẻ thông tin đó cho mục đích thanh toán hoặc các hoạt động của chúng tôi với công ty bảo hiểm y tế của quý vị. Chúng tôi sẽ đồng ý trừ phi luật pháp yêu cầu chúng tôi chia sẻ thông tin đó.
- Nếu quý vị cho rằng có thông tin sai hoặc thiếu trong hồ sơ sức khỏe của mình, quý vị có thể yêu cầu thay đổi thông tin đó. Chúng tôi không bắt buộc phải thực hiện thay đổi đó, nhưng chúng tôi sẽ phối hợp với quý vị để giải quyết những mối quan ngại của quý vị.
- Chúng tôi có thể cần phải cho người khác xem hồ sơ sức khỏe của quý vị. Luật pháp có thể yêu cầu chúng tôi chia sẻ thông tin của quý vị. Chúng tôi sẽ chỉ chia sẻ thông tin của quý vị khi chúng tôi có lý do chính đáng để chia sẻ. Nếu quý vị không muốn chúng tôi chia sẻ thông tin của quý vị với một số người nhất định, thì quý vị phải thông báo cho chúng tôi biết. Chúng tôi sẽ cố gắng làm theo hướng dẫn của quý vị, nhưng không phải lúc nào chúng tôi cũng phải làm điều đó.
- Quý vị có thể yêu cầu danh sách tất cả những người mà chúng tôi đã chia sẻ thông tin của quý vị. Danh sách này sẽ không gồm những lần chúng tôi chia sẻ thông tin của quý vị với các nhân viên chăm sóc sức khỏe khác về việc điều trị, thanh toán hóa đơn của quý vị hoặc việc quản lý dịch vụ của chúng tôi. Danh sách này sẽ không gồm những lần quý vị cho phép chúng tôi chia sẻ thông tin sức khỏe của mình.
- Để tìm hiểu thêm về các quyền của quý vị và cách chúng tôi có thể chia sẻ thông tin của quý vị, quý vị có thể yêu cầu một bản sao đầy đủ của Thông báo về Phương thức bảo vệ Quyền riêng tư. Quý vị có thể yêu cầu nhận thông báo này bất cứ lúc nào. Chúng tôi sẽ cung cấp một bản cho quý vị khi quý vị nhận dịch vụ y tế từ chúng tôi.
- Quý vị có quyền nhận thông báo trong trường hợp chúng tôi phát hiện thấy thông tin sức khỏe cần bảo vệ không được bảo mật của quý vị bị lộ.
- Quý vị có thể gửi thư hoặc gửi e-mail cho chúng tôi nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã vi phạm quyền riêng tư của quý vị. Cán bộ Tuân thủ HIPAA của chúng tôi hoặc Federal Department of Health and Human Services (Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Liên bang) có thể giúp quý vị giải quyết khiếu nại.

Để biết thêm thông tin về Chương trình Tuân thủ HIPAA của Quận Fairfax, vui lòng liên lạc:

### Cán bộ Tuân thủ HIPAA

12000 Government Center Parkway, Suite 527 | Fairfax, VA 22035

Điện thoại: (703) 324-4136 | TTY: (703) 968-0217 | Trang web: [www.fairfaxcounty.gov/hipaa](http://www.fairfaxcounty.gov/hipaa)

Quận Fairfax cam kết thực hiện chính sách không phân biệt đối xử trong tất cả các chương trình, dịch vụ và hoạt động của quận và sẽ cung cấp những biện pháp hỗ trợ đặc biệt hợp lý theo yêu cầu.

Vui lòng đánh dấu vào ô nếu quý vị muốn nhận một bản sao của Thông báo về Phương thức bảo vệ Quyền riêng tư của Sở Y tế Quận Fairfax.