

정보에 입각한 예방접종 동의서

성	이름	중간 이름	생년월일	나이	<input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성 출생 시 성별
자택 주소		시	주	우편번호	전화번호 <input type="checkbox"/> 자택 <input type="checkbox"/> 휴대전화
필요한 백신: <input type="checkbox"/> 독감 <input type="checkbox"/> COVID-19 <input type="checkbox"/> 폐렴 <input type="checkbox"/> 대상 포진 <input type="checkbox"/> B형 간염 <input type="checkbox"/> 파상풍/백일해 <input type="checkbox"/> 호흡기세포융합바이러스(RSV) <input type="checkbox"/> A형 간염 <input type="checkbox"/> 인유두종 바이러스(HPV) <input type="checkbox"/> 뇌수막염 <input type="checkbox"/> 홍역, 볼거리, 풍진(MMR) <input type="checkbox"/> 기타: _____		인종: <input type="checkbox"/> 히스패닉 또는 라티노 <input type="checkbox"/> 비히스패닉 또는 라티노 <input type="checkbox"/> 응답 거부(모름)		66 파운드 미만인 경우: _____ 파운드. 어느 쪽 팔에 접종을 받고 싶으십니까? <input type="checkbox"/> 왼쪽 <input type="checkbox"/> 오른쪽 이메일 주소: _____ 1 차 진료 제공자 이름: _____ 전화번호: _____ 주소: _____ Medicare 환자만: 사회보장번호(Social Security Number, SSN) 마지막 4 자리: _____ Medicare 파트 B ID 번호: _____	

선별검사 질문		예	아니오
1.	오늘 아프십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	약, 음식, 백신에 대한 알레르기가 있습니까? "예"일 경우, 모두 기재하십시오: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	예방접종을 받은 후 심각한 반응을 보이거나 기절한 적이 있습니까(예: 길랭-바레 증후군)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	여성의 경우: 현재 임신 또는 수유 중이거나 다음 달에 임신을 고려 중입니까? 임신한 경우, 임신 주수: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	귀하에게 해당되는 사항을 모두 선택하십시오. <input type="checkbox"/> 천식/폐질환 <input type="checkbox"/> 당뇨병 <input type="checkbox"/> 심장 질환 <input type="checkbox"/> 담배 흡연자 <input type="checkbox"/> 발작장애/뇌장애 <input type="checkbox"/> 신장 질환/투석 <input type="checkbox"/> 간 질환 <input type="checkbox"/> 아스플레니아 <input type="checkbox"/> 흉선(Thymus gland)을 제거하셨거나 중증 근무력증, 디 조지 증후군(DiGeorge syndrome), 또는 흉선종괴가 흉선에 이상이 있습니까? (혈액만 해당) <input type="checkbox"/> 현재 항생제나 항말라리아제를 복용하고 있습니까? (경구 장티푸스에만 해당) <input type="checkbox"/> 혈소판 감소증이나 혈소판 감소성 자반 병력이 있습니까? (MMR** II 만 해당) <input type="checkbox"/> 호스피스 <input type="checkbox"/> 면역체계 약화(예: 암, 인간면역결핍 바이러스(HIV), 활성 대상포진, 경구용 스테로이드, 항암제 또는 항바이러스제, 수혈 또는 혈액 제제, 면역 글로불린, 방사선 요법) <input type="checkbox"/> 지난 4 주 동안 예방접종을 받은 적이 있습니까? "예"일 경우, 모두 기재하십시오: _____		
6.	다음 중 더 자세한 정보를 알고 싶은 백신은 무엇입니까? <input type="checkbox"/> A형 간염 <input type="checkbox"/> MMR <input type="checkbox"/> 여항용 백신 <input type="checkbox"/> 소아 백신 <input type="checkbox"/> 기타: _____ <input type="checkbox"/> 불확실: 가능성 있는 백신 접종 간격 또는 필요에 대한 평가를 원함		

예방 접종 필요			
7.	마지막 날짜: 독감 백신 _____ COVID-19 백신 _____	예	아니오
8.	폐렴 구균 백신을 접종한 적이 있습니까? "예"인 경우, 언제, 어떤 종류입니까? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	60 세 이상의 환자: RSV 백신을 접종한 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	49 세 이상의 환자 또는 면역력이 약화된 환자: 대상포진 백신을 접종한 적이 있습니까? 만약 그렇다면 언제입니까? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	66 세 미만 환자 또는 의료 종사자: MMR 백신을 접종하셨습니다가?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	59 세 미만 환자 또는 의료 종사자: B형 간염 백신 접종을 완료하셨습니다가?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	46 세 미만 환자: 인유두종 바이러스(HPV) 백신을 접종을 완료하셨습니다가?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	43 세 미만 환자: 수두(Varicella, "Chicken Pox") 백신을 2 회 접종하셨습니다가?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	11~23 세의 환자: 뇌수막염 백신을 접종한 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	마지막으로 파상풍 백신을 접종한 지 얼마나 되었습니까?	_____년	<input type="checkbox"/>

정보에 입각한 동의: 내용을 읽은 후에 서명하십시오.

아래 본인의 서명으로, 본인은 Albertsons Companies 또는 계열 약국에 고용 또는 계약된 약사, 감독을 받는 실습 약사나 기술자, 또는 법이나 주/연방 지침에 따라 승인을 받은 사람으로부터 백신 접종을 받고, 본인이 접종받아야 하거나 접종받을 자격이 되는 기타 예방접종과 관련하여 상기 제공된 번호로 연락을 받는 것에 동의합니다. 위 정보는 사실이며 옳은 내용입니다. 본인은 백신 접종 자격 기준 충족함을 증명합니다(있는 경우). 본인이 미성년자의 부모/보호자인 경우, 미성년자 환자가 백신 접종 자격 기준 충족함을 증명합니다. 본인은 또한 본인과 미성년자의 본 백신 투여로 인해, 또는 그로부터 발생하는 작위 또는 부작위 행위를 포함해 모든 법적 책임으로부터 Albertsons Companies 와 그 자회사, 계열사, 임원, 이사, 피고용인 및 대리인을 면제합니다. 본인은 다음과 같은 사항을 이해합니다. 1) 본인은 예방 접종을 받을 것을 자발적으로 선택하였습니다. 독감 예방 접종을 받고 있으며 9 월 1 일 이전인 경우, 본인은 백신 접종을 받는 자녀를 대신하여 서명한 부모이거나, 임신 3 기에 해당하거나, 나중에 다시 방문할 수 없는 경우입니다. 2) 본인은 Albertsons Companies 가 본인을 대신하여 Medicare 또는 고용주가 본인의 백신 비용을 직접 납부 시 고용주를 포함한 기타 계약된 제 3 자 비용 납부 주체에게 변상금 신청서를 제출할 것을 허가합니다. 신청이 거부될 경우, 본인이 비용을 지급할 책임이 있음을 이해합니다. 3) 본인은 법적 연계를 만족하며, 본 동의서를 실행할 권한이 있거나 미성년자의 부모 또는 보호자입니다. 4) 본인은 본인의 건강이나 백신의 효과에 부정적인 영향을 미칠 수 있는 의학적 상태가 있을 경우 이를 즉시 해당 약사에게 알릴 것입니다. 5) 본인은 백신 투여 후 잠재적인 부작용, 부작용이 언제 발생할 수 있는지, 부작용을 언제 어디서 치료를 받아야 할지에 대해 설명을 들었습니다. 본인은 부작용을 경험할 경우 본인의 비용으로 본인의 의사로부터 후속 치료를 받을 책임이 있습니다. 6) 본인은 백신이나 주사 가능한 치료에 대해 심각하고 즉각적인 알레르기 반응이 없는 경우 관찰을 위해 그 구역에 15 분간 머물러야 하며, 또한 어떠한 이유든 아니필릭스를 경험한 이력이 있는 경우 백신 접종 후 30 분 동안 관찰을 위해 머물러야 합니다. 기다리지 않고 구역을 벗어나면 본인 스스로 위험을 감수하는 것이며, 백신을 투여한 전문가의 조언을 따르지 않는 행동을 알고 있습니다. 7) 본인은 투여받을 백신에 대해 제공되는 백신정보기술(Vaccine Information Statement, "VIS") 또는 긴급사용승인(Emergency Use Authorization, "EUA")을 읽었거나 다른 사람이 읽어 주는 것을 들었습니다. 본인은 질문할 기회가 있었고, 본인의 모든 질문에 대해 본인이 만족할 때까지 답변을 받았습니. 본인은 해당 백신의 혜택과 위험을 이해합니다. 8) 본인은 건강 보험 양도 및 책임에 관한 법(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)에 따라 회사의 개인정보보호 정책 통지서 사본을 제공받았습니다. 9) 주 또는 연방법에 따라 추가적인 개인정보 보호가 적용되는 일체의 백신을 포함해 이 백신은 본인의 약국 또는 약국 직원이 예방접종 등록부에 신고해야 할 대상이며, 이는 본인의 예방접종 데이터를 다른 이와 본인의 1 차 진료 의사, 승인을 하는 의사 또는 해당하는 경우 현지 보건부(Department of Health)에 공유할 수 있으며, 본인은 이러한 공개를 승인합니다. (**뉴저지만 해당: 본인은 본 백신 접종 사항을 1 차 진료 제공자에게 보고할 것을 승인합니다. 승인하지 않습니다. 본인은 승인/승인하지 않음을 체크하지 않는 경우, 승인으로 간주된다는 것을 이해합니다.**)(사우스다코타, 메인, 매사추세츠, 뉴햄프셔만 해당: 본인은 이러한 등록을 통해 상기 당사자에게 본인의 데이터를 알리는 것에 반대할 권리가 있음을 이해합니다.) 미성년자의 부모 또는 보호자의 경우 아래의 동의는 매년 소아과 의사를 방문하라는 서면 통지를 받았음을 확인합니다.

X
환자 또는 미성년 환자의 부모/보호자 서명(미성년자와의 관계 기재) _____ **정자체 서명** _____ **날짜** _____

Below for Pharmacy Use Only:		WA ONLY: Substitution Permitted: _____		Dispense as Written: _____					
Vaccine Name	Lot #	Expiration Date	Manufacturer	Dose (ml)	Dose #	Route	Site (circle)	VIS/EUA Pub. Date	F/U Appt Date/Time
COVID-19(_____)					N/A	IM	R / L Deltoid		
Flu (_____)				0.5	N/A	IM	R / L Deltoid		
Shingrix®			GSK	0.5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	IM	R / L Deltoid	2/4/2022	
							R / L _____		
							R / L _____		
							R / L _____		

Ordering RPH Signature: _____	RxBIN: _____ PCN: _____ Group #: _____ ID#: _____
Name of Administrator: _____	Medical (Name, ID#, Group#): _____
Admin/VIS Provided Date: _____ <input type="checkbox"/> NPP Offered	<input type="checkbox"/> Offsite Clinic Clinic Name: _____ Clinic Address: _____
Counseling (Please circle): Accepted / Declined	Appt Date: _____ Appt Time: _____ Administration time (OR Only): _____ ICIMZIV 20240523