

May Kaalamang Pahintulot para sa Pagpapabakuna

Lalaki Babae

Apelyido _____ **Pangalan** _____ **Gitnang Pangalan** _____ **Petsa ng Kapanganakan** _____ **Edad** _____ **Kasariang Itinalaga sa Kapanganakan** _____
() -

Address ng Bahay _____ **Lungsod** _____ **Estado** _____ **Zip** _____ **# ng Telepono** _____ Bahay Mobile

(Mga) hiniling na bakuna:
 Trangkaso
 COVID-19 Pulmonya
 Shingles Hepatitis B
 Tetano/Matinding Pag-ubo
 RSV Hepatitis A HPV
 Meningitis MMR
 Iba pa: _____

Etnisidad: Hispanic o Latino
 Hindi Hispanic o Latino
 Tumanging Isaad (Hindi alam)

Kung mas mababa sa 66 lbs, ilita ang timbang: _____ Lbs.

Aling braso ang pinipili mo para sa pagtanggap ng bakuna?
 Kaliwa Kanan
Email address: _____

Pangalan ng Provider ng Pangunahing Pangangalaga: _____
Telepono: _____ **Address:** _____

Mga pasyente ng Medicare lang: Huling 4 na digit ng Numero ng Social Security (Social Security Number, SSN): _____
ng ID ng Medicare Part B: _____

Mga Tanong sa Screening **Oo** **Hindi**

1.	May sakit ka ba ngayong araw?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Mayroon ka bang anumang allergy sa mga gamot, pagkain o bakuna? Kung oo, mangyaring ilita: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Nagkaroon ka na ba ng malubhang reaksyon o hinimatay ka na ba pagkatapos makatanggap ng bakuna (hal. Guillain-Barré Syndrome)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Para sa mga babae: Buntis ka ba, nagpapasuso o iniisip mo bang magbuntis sa susunod na buwan? Kung buntis , linggo ng pagbubuntis: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Lagyan ng tsek ang lahat ng nalalapat sa iyo: <input type="checkbox"/> Hika/sakit sa бага <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Sakit sa puso <input type="checkbox"/> Naninigarilyo ng tabako <input type="checkbox"/> Sakit na seizure/sakit sa utak <input type="checkbox"/> Sakit sa bato/dialysis <input type="checkbox"/> Sakit sa atay <input type="checkbox"/> Asplenia <input type="checkbox"/> Tinanggal na glandula ng thymus o mga problema sa iyong thymus tulad ng myasthenia gravis, DiGeorge syndrome, o thymoma? (<i>yellow fever lang</i>) <input type="checkbox"/> Kasalukuyang umiinom ng antibiyotiko o gamot laban sa malaria? (oral typhoid lang) <input type="checkbox"/> Kasaysayan ng thrombocytopenia o thrombocytopenia purpura? (<i>MMR® II lang</i>) <input type="checkbox"/> Hospisyo <input type="checkbox"/> Nanghihinang immune system (hal. kanser, Human Immunodeficiency Virus (HIV), aktibong shingles, mga oral steroid, mga gamot laban sa kanser o virus, pagsasalín ng dugo o mga produkto ng dugo, immune globulin, radiation therapy) <input type="checkbox"/> Nakatanggap ng anumang pagpapabakuna sa nakalipas na 4 na linggo? Kung oo, mangyaring ilita: _____		
6.	Mangyaring tukuyin kung tungkol sa aling (mga) bakuna ang gusto mo ng higit pang impormasyon? <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> Tigdas, Beke, Rubella (Measles, Mumps, Rubella, MMR) <input type="checkbox"/> Mga Bakuna para sa Pagbiyahe <input type="checkbox"/> Mga Bakuna sa Pagkabata <input type="checkbox"/> Iba pa: _____ <input type="checkbox"/> Hindi Sigurado: gustong magpasagawa ng pagtatasa ng mga potensyal na kakulangan o pangangailangan sa pagpapabakuna		

Mga Pangangailangan sa Pagpapabakuna

7.	Petsa ng huling: Bakuna laban sa trangkaso _____ Bakuna laban sa COVID-19 _____	Oo	Hindi	Hindi Sigurado
8.	Nakatanggap ka na ba ng bakuna laban sa PULMONYA? Kung oo, kailan at anong (mga) uri? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Mga pasyenteng mahigit 60 taong gulang: Nakatanggap ka na ba ng bakuna laban sa RSV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Mga pasyenteng mahigit 49 na taong gulang <u>O</u> immunocompromised: Nakatanggap ka na ba ng bakuna laban sa SHINGLES? Kung oo, sa anong (mga) petsa? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Mga pasyenteng wala pang 66 na taong gulang <u>O</u> mga manggagawa sa pangangalagang pangkalusugan: Nakatanggap ka ba ng bakuna laban sa MMR (Tigdas, Beke, Rubella)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Mga pasyenteng wala pang 59 na taong gulang <u>O</u> mga manggagawa sa pangangalagang pangkalusugan: Nakatanggap ka ba ng buong serye ng bakuna laban sa hepatitis B?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Mga pasyenteng wala pang 46: Nakatanggap ka ba ng buong serye ng bakuna laban sa HPV (Human Papillomavirus)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Mga pasyenteng wala pang 43 taong gulang: Nakatanggap ka ba ng 2 dosis ng bakuna laban sa varicella ("Bulutong-tubig (o Chicken Pox)")?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Mga pasyenteng may edad na 11 hanggang 23 taong gulang: Nakatanggap ka ba ng bakuna laban sa meningitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Ilang taon na ang nakalipas mula noong iyong huling bakuna laban sa TETANO?	___ (na) taon		<input type="checkbox"/>

May Kaalamang Pahintulot: Mangyaring basahin at lagdaan.
 Sa pamamagitan ng aking lagda sa ibaba, pinahihintulutan ko ang pagbibigay ng (mga) bakuna ng farmasyutiko o pinangangasiwaang mag-aaral na farmasyutiko o technician, o iba pang awtorisadong tao, na pinahihintulutan ng batas o patnubay ng pang-estado/pederal na pamahalaan, na nagtatrabaho o nakakontrol sa Albertsons Companies o isa sa mga kaakibat na botika nito at ang pakikipag-ugnayan sa akin sa numerong ibinigay sa itaas tungkol sa iba pang pagpapabakunang dapat matanggap ko o kwalipikado akong makatanggap. Totoo at tama ang impormasyon sa itaas. Pinatutunayan ko na natutugunan ko ang mga pamantayan sa pagiging kwalipikado para sa pagpapabakuna (kung mayroon man); kung ako ang magulang/tagapangalaga ng menor de edad na pasyente, pinatutunayan ko na natutugunan ng menor de edad na pasyente ang mga pamantayan sa pagiging kwalipikado para sa pagpapabakuna. Pinapalaya ko rin ang Albertsons Companies at ang mga subsidiyaryo, kaakibat, opisyal, direktor, empleyado, at ahente nito mula sa lahat ng pananagutan, kasama ang mga kabiguang kumilos o maling pagkilos, na nagreresulta o nagmumula sa pagtanggap ko o sa pagtanggap ng menor de edad ng pagpapabakunang ito. Nauunawaan ko na: 1) Boluntaryo kong piniling matanggap ang pagpapabakuna. Kung tumatanggap ako ng bakuna laban sa trangkaso at ito ay bago ang ika-1 ng Setyembre, ako ay alinman sa isang magulang na lumalagda sa ngalan ng aking anak na tumatanggap ng bakuna, buntis sa aking ikatlong trimester, o hindi ako makakabalik sa ibang araw. 2) Inaawtorisahan ko ang Albertsons Companies na magsumite ng claim para sa reimbursement sa ngalan ko sa Medicare o anumang iba pang nakakontratang ikatlong partidong tagapagbayad, kasama ang aking employer kung direkta silang nagbabayad para sa aking pagpapabakuna; kung tinanggihan ang claim, nauunawaan ko na magiging responsibilidad ko ang pagbabayad; 3) Ako ay nasa legal na edad at awtorisado akong lagdaan ang form ng pahintulot na ito o ako ang magulang/tagapangalaga ng menor de edad na pasyente. 4) Agad kong alerteruhan ang farmasyutiko tungkol sa anumang medikal na kondisyon na maaaring magkaroon ng masamang epekto sa aking personal na kalusugan o sa pagiging epektibo ng bakuna. 5) Pinayuhan ako tungkol sa mga potensyal na side effect pagkatapos ng pagpapabakuna, kung kailan maaaring mangyari ang mga ito, at kung kailan at saan ako dapat humiling ng paggamot. Responsibilidad ko ang pag-follow up sa aking doktor nang ako ang gastagos kung makakaranas ako ng anumang side effect. 6) Dapat akong manatili sa lugar para ma-observehan sa loob ng 15 minuto maliban kung may kasaysayan ako ng gaano man kalubhang agarang allergic na reaksyon sa bakuna o itinuturok na therapy o kung may kasaysayan ako ng anaphylaxis na dulot ng anumang kadahilanan, dapat akong manatili sa lugar para ma-observehan sa loob ng 30 minuto pagkatapos ng pagpapabakuna. Kung aalis ako sa lugar nang hindi pa tapos ang oras ng paghihintay, kinikilala ko na ginagawa ko ito kahit alam ko na nang salungat sa payo ng propesyonal na nagbigay ng bakuna. 7) Nabasa ko, o ipinabasa para sa akin, ang (Mga) Pahayag sa Impormasyon sa Bakuna (Vaccine Information Statement, "VIS") o Awtorisasyon sa Pang-emergency na Paggamit (Emergency Use Authorization, "EUA") na ibinigay para sa (mga) bakunang ibibigay. Nagkaroon ako ng pagkakataong magtanong, at kasiya-siyang nasagot ang lahat ng aking tanong. Nauunawaan ko ang mga benepisyong at panganib ng (mga) bakuna. 8) Inalok ako at/o binigyan ng mga kopya ng Abiso sa Mga Gawi sa Pagkapribado (Notice of Privacy Practices) ng kompanya alinsunod sa Batas sa Pagiging Portable at Pananagutan ng Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). 9) Ang pagpapabakunang ito, kasama ang anumang pagpapabakunang binigyan ng mga karagdagang proteksyon sa pagkapribado sa ilalim ng pang-estado o pederal na batas, ay napapailalim sa pag-uulat ng aking botika o kasama nito sa negosyo sa talaan ng pagpapabakuna, na maaaring magbahagi ng aking data sa pagpapabakuna sa iba, at sa aking doktor sa pangunahing pangangalaga, awtorisadong doktor, o sa lokal na Departamento ng Kalusugan (Department of Health), kung nalalapat, at inaawtorisahan ko ang mga pagsiswalat na ito. (*New Jersey Lang: Inaawtorisahan ko _____ Hindi ko inaawtorisahan _____ ang pag-uulat ng aking pagtanggap ng pagpapabakunang ito sa aking provider ng pangunahing pangangalaga. Nauunawaan ko na ang pagkabigong layan ng tsek ang pagbibigay/hindi pagbibigay ng awtorisasyon ay magsisilbi bilang awtorisasyon.*) (*South Dakota, Maine, Massachusetts, at New Hampshire lang: Nauunawaan ko na may karapatan akong tumutol sa pagbabahagi ng aking data sa mga partidong binanggit sa itaas sa pamamagitan ng mga nasabing talaan.*) Para sa magulang o tagapangalaga ng menor de edad, nagkukumpirma ang pahintulot sa ibaba ng pagtanggap ng nakasulat na paunawa para bisitahin ang isang doktor sa bata taon-taon.

X
Lagda ng Pasyente o Magulang/Tagapangalaga ng Menor de Edad na Pasyente (ilagay ang kaugnayan sa menor de edad) Naka-print na Pangalan Petsa

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#):** _____
 Offsite Clinic **Clinic Name:** _____ **Clinic Address:** _____
Admin/VIS Provided Date: _____ NPP Offered
Counseling (Please circle): Accepted / Declined **Appt Date:** _____ **Appt Time:** _____ **Administration time (OR Only):** _____ ICIMZIV 20240523