

新冠肺炎COVID-19 疫苗篩檢表

姓: _____ 名: _____

出生年月日: _____

緊急狀況聯絡人與電話: _____

您曾經有接種過新冠肺炎COVID-19 疫苗嗎? 有 沒有

如果有, 是哪一廠牌疫苗? 輝瑞Pfizer 莫得納Moderna 強生 (Johnson & Johnson) 其他_____

如果以下問卷有回答“是”的答案, 並不代表您不能施打疫苗. 只是代表需被詢問額外的問題.

	是	否
1. 您對下列任何一種有過過敏反應嗎? <ul style="list-style-type: none"> • 先前注射的新冠COVID-19 疫苗 • 新冠COVID-19 疫苗的成分, 包括聚乙二醇 (PEG), 該成份在某些藥中, 例如輕瀉藥劑和結腸鏡檢查程序的術前灌腸製劑中可被找到 • 聚山梨酯 (Polysorbate) 這可能包括嚴重的過敏反應 (例如過敏性反應) · 需要使用腎上腺素或EpiPen®進行治療或造成您緊急就醫。它還包括在4小時內發生的過敏反應 · 引起蕁麻疹 · 腫脹或呼吸窘迫 · 包括哮喘。		
2. 您是否曾對除了新冠COVID-19疫苗以外的任何其他疫苗或注射針劑有過過敏反應?		
3. 您是否曾有過嚴重的過敏性反應? 包括對食物, 寵物, 環境, 或口服用藥的過敏。		
4. 過去的14天中 · 您是否有接種過另一種疫苗?		
5. 在過去90天中, 您是否接受過抗體治療 (單克隆抗體或恢復期血清) 治療新冠肺炎?		
6. 您是否有出血性疾病或正在服用除了阿斯匹靈之外的抗凝血劑(血液稀釋劑)?		
7. 在過去的三個月中 · 您是否進行幹細胞/骨髓移植或進行細胞療法 (CAR T細胞療法) ?		
8. 您目前正在接受治療急性白血病 (acute leukemia) 的化療藥嗎?		

如果您有注射過真皮填充物: 在注射新冠COVID-19疫苗後, 您可能會在填充物注射部位或其附近出現暫時性腫脹。接種疫苗後, 如果真皮填充物部位或其附近出現腫脹, 請與您的醫療保健提供者聯繫。

如果您有免疫系統低弱: 疫苗對免疫功能低下人士的有效性尚不清楚。您對疫苗的免疫反應可能降低。一些風濕病學家建議更改免疫抑制劑藥物, 如果您想進一步瞭解, 請在接種疫苗之前先與您的醫生討論。

如果您目前懷孕或者正在哺乳: 根據目前的知識, 專家認為新冠COVID-19疫苗不太可能對孕婦或胎兒構成危險, 因為這些疫苗不是活疫苗。然而, 新冠COVID-19疫苗對孕婦和胎兒的潛在風險尚不清楚。沒有關於哺乳期COVID-19疫苗安全性的數據, 也沒有COVID-19疫苗對母乳餵養的嬰兒或乳汁生產/分泌的影響的數據。如果您想進一步瞭解, 請在接種疫苗之前與您的醫生討論。

Office Use Only:	Revised 03/19/2021	
Notes:	<input type="checkbox"/> Thin Needle +2 min Compression	<input type="checkbox"/> 30 Minute Observation



新冠 COVID-19 疫苗接種同意書

聖塔克拉拉縣 (County of Santa Clara) 對符合加州疫苗接種標準的個人提供新冠 COVID-19 疫苗接種，無論是否具有保險或支付能力。接種疫苗無需付費，也無需保險。但是，如果您具有健康保險，可給付該服務，則您的保險公司可能會收到帳單。

同意

本人已經被提供並已閱讀或已被解釋過本人將要接種的新冠 COVID-19 疫苗緊急使用授權情況說明書 (或者如果是法定代理人，該被代理者已收到)，並且本人有機會可以提出問題，本人的這些問題也已得到了滿意答覆。本人瞭解接種 COVID-19 疫苗的風險和益處，並要求將疫苗接種給本人，給本人所代理的人。本人了解本人的疫苗接種紀錄將輸入當地加州免疫接種登記處 (CAIR)，該紀錄將允許本人的醫療保健提供者進行照護協調。

保險/醫療福利轉讓

本人不可撤銷地將與任何保險計劃，健康福利計劃或其他護理付款方式有關的所有權利，福利和任何其他利益轉讓給本縣。此項轉讓包括轉讓和授權，直接向縣府支付該門診應支付的所有保險和醫療計劃福利，費率不得超過費用說明主表中列出的收費。本人同意，保險公司或計劃係根據此授權對縣府應支付款項應在其付款範圍內履行其義務。本人同意與縣府合作並採取其合理要求的所有步驟，以完善，確認或支持該轉讓。

隱私權慣例通知

本人特此承認收到了聖塔克拉拉縣衛生系統的**隱私權慣例通知 (NPP)**。該 NPP 為您提供有關本縣如何使用和公開透露您的醫療或您原已受保護的身體健康個人資料。本縣的 NPP 內容可能會隨時變更。如有變更，本縣會發布修訂版在縣府機構與此網站上：<https://www.scvmc.org/patients-and-visitors/services/Documents/Notice%20of%20Privacy%20Practices%20-%20English%20Mar%202019%20final.pdf>

輝瑞 Pfizer 和莫德納 Moderna 第二劑施打事實承認

本人同意，如果本人接種了輝瑞 Pfizer 或莫德納 Moderna 疫苗，本人則需要安排第二劑疫苗接種。如果本人尚未施打第二劑，本人同意收取電子郵件或手機簡訊，提醒本人 COVID-19 疫苗預約。本人了解此類訊息將以未保密方式發送。

本人證明本人是患者，患者的法定代理人或患者授權的人，代表患者簽署上述文件並接受上述條款。

簽名 (患者或法定代理人): _____

患者名字: _____ 日期: _____

患者/法定代理人名字正楷 (如有適用): _____

如非患者，請指出您與患者的關係 _____

莫德納 Moderna 緊急使用授權
EUA 情況說明書
(如有要求，可提供紙張印刷本)

輝瑞 Pfizer 緊急使用授權
EUA 情況說明書
(如有要求，可提供紙張印刷本)

強生 Johnson and Johnson
緊急使用授權 EUA 情況說明書
(如有要求，可提供紙張印刷本)



新冠肺炎疫苗接種表

名字：	中間名縮寫：	姓氏：
出生日期（月/日/年）：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 非二元性別 <input type="checkbox"/> 未知	最常用的電話號碼：
址（街道、城市、州、郵政編碼）：		
電子郵箱：	首選語言：	

種族	族裔
<input type="checkbox"/> (1)阿拉斯加原住民	<input type="checkbox"/> (1)中美洲人
<input type="checkbox"/> (2)亞洲人，柬埔寨人	<input type="checkbox"/> (2)古巴人
<input type="checkbox"/> (3)亞洲人，華人	<input type="checkbox"/> (3)多米尼加人
<input type="checkbox"/> (4)亞洲人，菲律賓人	<input type="checkbox"/> (4)拉丁美洲人
<input type="checkbox"/> (5)亞洲人，印度人	<input type="checkbox"/> (5)墨西哥人
<input type="checkbox"/> (6)亞洲人，日本人	<input type="checkbox"/> (6)非西班牙裔或拉丁裔
<input type="checkbox"/> (7)亞洲人，韓國人	<input type="checkbox"/> (7)其他西班牙裔或拉丁裔
<input type="checkbox"/> (8)亞洲人，老撾人	<input type="checkbox"/> (8)患者拒絕回答/無法確定
<input type="checkbox"/> (9)亞洲人，其他	<input type="checkbox"/> (9)波多黎各人
<input type="checkbox"/> (10)亞洲人，巴基斯坦人	<input type="checkbox"/> (10)南美洲人
<input type="checkbox"/> (11)亞洲人，越南人	<input type="checkbox"/> (11)西班牙人
<input type="checkbox"/> (12)黑人，非裔美國人	
<input type="checkbox"/> (13)黑人，非洲人	
<input type="checkbox"/> (14)黑人，其他	
<input type="checkbox"/> (15)西班牙裔或拉丁裔	
<input type="checkbox"/> (16)美洲原住民	
<input type="checkbox"/> (17)太平洋島民	
<input type="checkbox"/> (18)太平洋島民，關島人	
<input type="checkbox"/> (19)太平洋島民，夏威夷人	
<input type="checkbox"/> (20)太平洋島民，薩摩亞人	
<input type="checkbox"/> (21)患者拒絕回答/無法確定	
<input type="checkbox"/> (22)白人，阿拉伯人	
<input type="checkbox"/> (23)白人，歐洲人	
<input type="checkbox"/> (24)白人，中東或北非人	
<input type="checkbox"/> (25)白人，北美人	
<input type="checkbox"/> (26)白人，其他	

如果您符合以下任何身分的話，請勾選（可複選所有符合項目）

- | | |
|---|---|
| 1. 我是一個流動性/季節性的農工
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 患者拒絕回答 | 3. 我目前正接受住房法第8條的補助
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 患者拒絕回答 |
| 2. 我目前正面臨無家可歸的狀況
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 患者拒絕回答 | 4. 我說或讀寫英文的能力有限
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 患者拒絕回答 |
| 5. 患者是否有任何類型的失能，包括身體殘疾或行動不便，精神健康障礙，視聽障礙，智力或學習障礙？
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 患者拒絕回答 | |

新型冠狀病毒 COVID-19 疫苗接種患者信息

疫苗引起嚴重過敏反應的可能性很小。嚴重的過敏反應通常會在接種疫苗後幾分鐘到一小時內發生。嚴重過敏反應的症狀包括：

- 呼吸困難
- 臉部和喉嚨腫脹
- 心跳快速
- 全身出疹子
- 頭暈和虛弱

如果離開現場後出現嚴重的過敏反應，請致電 9-1-1，或去就近的醫院。

施打 COVID-19 疫苗後已通報產生過的其他副作用（通常在疫苗接種後幾天內消退）包括：

- 注射部位反應：注射臂紅腫，其淋巴結（腺體）產生疼痛，壓痛和腫脹（硬）。
- 一般副作用：疲勞，頭痛，肌肉疼痛，關節痛，發冷，噁心，嘔吐和發燒。

如果您今天接種的疫苗有任何副作用困擾您或無法消除，請聯繫您的醫療保健提供者或致電 Valley Connection，888-334-1000。

新型冠狀病毒(COVID-19)疫苗不含非典型性肺炎冠狀病毒2型 (SARS-CoV-2)，不會帶給您新型冠狀病毒(COVID-19)。但您仍然有可能在接種疫苗後的頭幾天內感染新型冠狀病毒 (COVID-19)，如果您感覺不舒服，請待在家裡。如果您在接種疫苗後感覺不舒服超過2天，請聯繫您的醫療提供者，考慮進行COVID-19檢測。

莫德納 Moderna 緊急使用授權
EUA 情況說明書(如有要求，可提供紙張印刷本)



輝瑞 Pfizer 緊急使用授權 EUA
情況說明書(如有要求，可提供紙張印刷本)



輝瑞 Johnson and Johnson 緊急使用
授權 EUA 情況說明書(如有要求，可提供紙張印刷本)

