

COVID-19 Vaccine Screening Form

Giấy Kiểm Tra Giám Định Chích Ngừa COVID-19 - Vietnamese

Họ/Last Name: _____ Tên/First Name: _____

Ngày Sanh/ DOB.: _____

Tên và số điện thoại của người liên lạc khẩn cấp: _____

Quý vị đã có chích thuốc ngừa COVID-19 trước đây hay không? Có/Yes Không/No Nếu có, loại thuốc nào? Pfizer Moderna Janssen (Johnson & Johnson) Thuốc khác _____

Nếu trả lời “Có” bất cứ câu hỏi nào, không nhất thiết là quý vị sẽ không được chích ngừa; nhưng chúng tôi cần hỏi thêm một số câu hỏi.

	Có/Yes	Không/No
1. Quý vị có từng bị phản ứng dị ứng với bất cứ loại thuốc nào sau đây? • Liều thuốc chích ngừa COVID-19 trước đây. • Thành phần nào trong thuốc ngừa COVID-19, bao gồm polyethylene glycol (PEG), là được chất có trong một số thuốc, như thuốc nhuận trường, hoặc thuốc làm sạch ruột để chuẩn bị soi ruột già. • Polysorbate. (Điều này bao gồm phản ứng dị ứng nghiêm trọng [như bị sốc đối kháng] phải cần điều trị với epinephrine hoặc EpiPen® hoặc phải nhập viện điều trị, hoặc các phản ứng dị ứng xảy ra trong vòng 4 giờ, như nổi mề đay, sưng, khó thở, thờ khò khè.)		
2. Quý vị có từng bị phản ứng dị ứng với thuốc chích ngừa bệnh khác (ngoài thuốc ngừa COVID-19) hoặc loại thuốc chích nào khác?		
3. Quý vị có từng bị phản ứng dị ứng nghiêm trọng (như bị sốc đối kháng) với bất cứ gì khác, bao gồm thức ăn, thú nuôi, môi trường, hoặc thuốc uống.		
4. Quý vị có chích ngừa loại bệnh nào khác trong 14 ngày vừa qua?		
5. Quý vị có từng được trị liệu với kháng thể (kháng thể đơn dòng hoặc huyết thanh hồi phục) để điều trị COVID-19 trong vòng 90 ngày vừa qua?		
6. Quý vị có bệnh rối loạn máu, hoặc đang dùng thuốc loãng máu, ngoài aspirin?		
7. Trong 3 tháng vừa qua, quý vị có Cây Ghép Tế Bào Gốc/Tủy Xương hoặc Liệu Pháp Tế Bào Miễn Dịch (CAR T Cell therapy)?		
8. Hiện nay quý vị có đang xử dụng hóa trị để điều trị ung thư máu cấp tính?		

Nếu có bọm căng da thẩm mỹ: quý vị có thể bị sưng tạm thời tại chỗ hoặc gần chỗ chích bọm thẩm mỹ, sau khi chích ngừa COVID-19. Vui lòng liên lạc bác sĩ của quý vị nếu quý vị bị sưng tại chỗ hoặc gần chỗ chích bọm thẩm mỹ, sau khi chích ngừa.

Nếu quý vị có hệ miễn dịch suy yếu: Hiệu quả của thuốc chích ngừa đối với người có hệ miễn dịch suy yếu hiện nay chưa được biết rõ. Hệ miễn dịch của những người này có thể giảm khả năng đáp ứng đối với thuốc chích ngừa. Một số bác sĩ chuyên khoa thấp khớp đề nghị thay đổi thuốc ức chế hệ miễn dịch. Quý vị nên thảo luận với bác sĩ của quý vị trước khi chích ngừa, nếu muốn tham khảo thêm về việc này.

Nếu quý vị đang mang thai hoặc cho con bú sữa mẹ: Căn cứ vào những gì đang được biết hiện nay thì thuốc chích ngừa COVID-19 không thật sự có rủi ro đối với phụ nữ mang thai và thai nhi, vì các thuốc ngừa

này không có chất liệu vi khuẩn sống. Tuy nhiên, rủi ro của thuốc ngừa COVID-19 đối với phụ nữ mang thai và thai nhi hiện nay vẫn chưa biết rõ. Hiện nay không có dữ kiện về sự an toàn của thuốc chích ngừa COVID 19 đối với phụ nữ cho con bú sữa mẹ hoặc ảnh hưởng của thuốc ngừa COVID-19 đối với em bé bú sữa mẹ hoặc khả năng sản xuất sữa mẹ. Quý vị nên thảo luận với bác sĩ của quý vị trước khi chích ngừa, nếu quý vị muốn tham khảo thêm về việc này.

VT-6478 Translated by VMC. LS. CV. Rev. 3/19/2021

Office Use Only: Revised 03/19/2021		
Notes:	Thin Needle +2 min Compression	30 Minute Observation



COUNTY OF SANTA CLARA
Health System

[Patient Sticker/Demographics] **ƯNG THUẬN**

CHÍCH NGỪA COVID-19

Hạt Santa Clara đang tiến hành chích ngừa cho những người hội đủ điều kiện theo các tiêu chuẩn chích ngừa của Tiểu Bang California. Quý vị sẽ được chích ngừa miễn phí, và không cần phải có bảo hiểm y tế. Tuy nhiên, nếu quý vị có bảo hiểm tài trợ chích ngừa thì bảo hiểm của quý vị sẽ nhận được hóa đơn y phí chích ngừa.

ƯNG THUẬN

Tôi đã được cung cấp và đã đọc, hoặc đã được giải thích Văn Kiện Ủy Quyền Xử Dụng Khẩn Cấp (EUA) của thuốc chích ngừa mà tôi được chích (hoặc, nếu tôi là người đại diện hợp pháp, thì người mà tôi làm đại diện, được chích). Tôi đã có cơ hội được giải đáp các câu hỏi một cách thỏa đáng. Tôi hiểu các rủi ro và công dụng của thuốc chích ngừa và tôi yêu cầu chích ngừa cho tôi, hoặc cho người mà tôi là người đại diện hợp pháp. Tôi hiểu các dữ kiện chích ngừa sẽ được lưu trữ tại Phòng Hồ Sơ Chung Ngừa California (CAIR) địa phương, để giúp các bác sĩ của tôi trong việc phối hợp điều trị.

CHỈ ĐỊNH QUYỀN LỢI BẢO HIỂM/Y KHOA

Tôi chỉ định, không thu hồi, và chuyển giao cho quận hạt tất cả quyền, quyền lợi và bất cứ sự tài trợ nào liên quan đến bảo hiểm, chương trình tài trợ y tế, hoặc nguồn chi trả nào khác cho việc chăm sóc sức khỏe của tôi. Sự chỉ định này bao gồm chỉ định và ủy quyền trả tiền trực tiếp cho Quận Hạt tất cả quyền lợi về bảo hiểm và chương trình y tế tài trợ dịch vụ ngoại chấn này, theo giá tiền không vượt quá định giá liệt kê trong bảng định giá chính thức. Tôi đồng ý rằng sự trả tiền cho quận hạt của công ty bảo hiểm hoặc chương trình y tế theo sự ủy quyền này sẽ giải tỏa trách nhiệm của bảo hiểm trong phạm vi tài trợ này. Tôi đồng ý hợp tác, và thực hiện các bước hợp lý theo yêu cầu của Quận Hạt để hoàn chỉnh, xác định, và làm cho sự chỉ định này có hiệu lực.

THÔNG CÁO BẢO VỆ ĐỜI TU

Tôi, nơi đây, xác nhận tôi có nhận bản **Thông Cáo Bảo Vệ Đời Tư (NPP)** của Hệ Thống Y Tế Hạt Santa Clara (CSCHS). Bản Thông Cáo (NPP) giải thích về cách thức chúng tôi được quyền xử dụng và tiết lộ thông tin bảo mật về sức khỏe (PHI). Bản Thông Cáo có thể được sửa đổi. Nếu sửa đổi bản thông cáo, chúng tôi sẽ niêm yết bản thông cáo mới tại tất cả các cơ sở và trên trang mạng của chúng tôi, tại đây: <https://www.scvmc.org/patients-and-visitors/services/Documents/Notice%20of%20Privacy%20Practices%20-%20English%20Mar%202019%20final.pdf>

XÁC NHẬN CHÍCH LIỀU THỨ HAI ĐỐI VỚI THUỐC CHÍCH NGỪA CỦA PFIZER VÀ MODERNA Tôi đồng ý, nếu tôi chích thuốc ngừa của Pfizer hoặc Moderna thì tôi sẽ làm hẹn để chích liều thuốc ngừa thứ hai. Tôi ưng thuận nhận email hoặc tin nhắn qua text để nhắc cuộc hẹn chích ngừa COVID-19, nếu tôi chưa chích liều thuốc ngừa thứ hai. Tôi hiểu rằng các tin nhắn này sẽ không được bảo mật khi gửi cho tôi.

Tôi chứng nhận rằng tôi là bệnh nhân, là đại diện hợp pháp của bệnh nhân, hoặc là người được bệnh nhân ủy quyền để nhân danh bệnh nhân ký tên và chấp nhận các điều khoản trên đây.

Ký Tên/Signature (bệnh nhân hoặc đại diện hợp pháp-Pt or Pt's Rep): _____

Tên của Bệnh Nhân/Pt's Name: _____ Ngày/Date: _____

Tên của Cha/Mẹ/Giám Hộ (nếu phù hợp)/Parent/Guardian's Name: _____

Nếu không phải bệnh nhân, ghi mối quan hệ với bệnh nhân/relationship to patient _____



cầu) (Sẽ cấp văn bản, nếu yêu cầu) (Sẽ cấp văn bản, nếu quý vị yêu cầu)



VT-6483 Translated by VMC. LS. CV. 4/7/21 4.15.21



Mẫu Đơn Ghi Danh Tiêm Ngừa COVID-19

Tên:	Chữ Lót:	Họ:
------	----------	-----

Ngày Sinh: (mm/dd/yyyy)	Giới Tính: ☐ Nam ☐ Phi Giới Tính ☐ Nữ ☐ Giới Tính khác	Số Điện Thoại Chính:
Địa Chỉ (Đường Phố, Thành Phố, Tiểu Bang, Mã số Zip)		
Địa Chỉ Email		Ngôn ngữ ưa chuộng

Sắc Tộc ☐ (1) Thổ Dân Alaska ☐ (2) Á Châu, Người Campuchia ☐ (3) Á Châu, Người Hoa ☐ (4) Á Châu, Người Phi-Luật Tân ☐ (5) Á Châu, Người Ấn Độ ☐ (6) Á Châu, Người Nhật ☐ (7) Á Châu, Người Hàn Quốc ☐ (8) Á Châu, Người Lào ☐ (15) Châu Mỹ, La-tinh nói tiếng Tây Ban Nha ☐ (16) Thổ Dân Mỹ ☐ (17) Đảo Thái Bình Dương ☐ (18) Đảo Thái Bình Dương, Người Guam ☐ (19) Đảo Thái Bình Dương, Người Hawaii ☐ (20) Đảo Thái Bình Dương, Người	Sắc Dân ☐ (1) Trung Mỹ ☐ (2) Cuba ☐ (3) Sắc dân Đảo Dominican ☐ (4) Châu Mỹ La Tinh ☐ (5) Mexico ☐ (6) Không phải Châu Mỹ La Tinh ☐ (7) Châu Mỹ La Tinh khác ☐ (8) Bệnh nhân từ chối/ Khó định rõ ☐ (9) Puerto Rico ☐ (10) Nam Mỹ ☐ (11) Tây Ban Nha
---	---

Samoa	
☐ (9) Á Châu, Khác ☐ (10) Á Châu, Người Pakistan ☐ (11) Á Châu, Người Việt ☐ (12) Da Đen, Người Mỹ gốc châu Phi	☐ (21) Bệnh nhân từ chối/ Khó định rõ ☐ (22) Da Trắng, Người Ả Rập ☐ (23) Da Trắng, Người Âu Châu ☐ (24) Da Trắng, Người Trung Đông hoặc
Bắc Phi	
☐ (13) Da Đen, Người Phi Châu ☐ (14) Da Đen, Khác	☐ (25) Da Trắng, Người Bắc Mỹ ☐ (26) Da Trắng, Khác

Đánh dấu tất cả các ô thích hợp

- Tôi là Nhân Viên Ngành Nông Nghiệp Theo Mùa/ Di Động
☐ Có ☐ Không ☐ Từ chối trả lời
- Tôi là người vô gia cư
☐ Có ☐ Không ☐ Từ chối trả lời
- Tôi nhận Trợ Cấp Gia Cư theo Section 8
☐ Có ☐ Không ☐ Từ chối trả lời
- Tôi nói, đọc và viết tiếng Anh rất hạn chế
☐ Có ☐ Không ☐ Từ chối trả lời
- Bệnh nhân có bị khuyết tật không, bao gồm về thể chất hoặc giới hạn đi đứng, tâm trí, thị giác/thính giác, trí tuệ hoặc khả năng học hỏi không?
☐ Có ☐ Không ☐ Từ chối trả lời

4.15.21



Chích ngừa COVID-19 có một phần nhỏ rủi ro là thuốc ngừa có thể gây ra phản ứng dị ứng nghiêm trọng. **Phản ứng dị ứng nghiêm trọng nếu có, thường sẽ xảy ra trong vòng từ vài phút đến 1 giờ sau khi chích ngừa.** Các chỉ dấu của phản ứng dị ứng nghiêm trọng, có thể là:

- Khó thở
- Sưng ở mặt và trong cổ họng
- Tim đập nhanh

- Da nổi đỏ khắp thân thể
- Chóng mặt và yếu sức

Nếu các phản ứng dị ứng nghiêm trọng xảy ra sau khi quý vị rời khỏi địa điểm chích ngừa, quý vị phải gọi 9-1-1, hoặc đi đến bệnh viện gần nhất.

Các tác dụng phụ khác đã được báo cáo sau khi chích ngừa COVID-19, và thông thường sẽ giảm dần trong vài ngày sau khi chích ngừa, bao gồm:

- Phản ứng chỗ chích kim vào: đau, sờ vào đau, sưng các hạch bạch huyết (nổi hạch) trên cánh tay đã chích ngừa, chỗ chích sưng (cứng) và đỏ.
- Tác dụng phụ tổng quát: mệt, nhức đầu, đau bắp thịt, đau khớp, lạnh run, nôn mửa, và sốt.

Nếu quý vị có bất cứ tác dụng phụ nào sau khi chích ngừa hôm nay, gây khó chịu và không thuyên giảm, quý vị nên gọi bác sĩ của quý vị hoặc gọi Valley Connection, số 888-334-1000.

Thuốc chích ngừa COVID-19 không có chứa virus SARS-CoV-2, do đó không thể làm cho quý vị mắc bệnh COVID-19. Tuy nhiên, quý vị vẫn có thể bị nhiễm COVID-19 trong nhiều ngày đầu sau khi chích ngừa. Quý vị nên ở yên trong nhà nếu bị bệnh, và liên lạc với bác sĩ để có thể làm xét nghiệm COVID-19 nếu quý vị bị bệnh kéo dài trên 2 ngày sau khi chích ngừa.

Tài Liệu Thông Tin EUA Tài Liệu Thông Tin EUA Tài Liệu Thông Tin EUA về Moderna về Pfizer về Johnson and Johnson (Sẽ cấp văn bản, nếu quý vị yêu cầu) (Sẽ cấp văn bản, nếu quý vị yêu cầu) (Sẽ cấp văn bản, nếu quý vị yêu cầu)

