School Tdap

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВОХРАНЕНИЯ ОКРУГА BUNCOMBE

2013 Immunization Consent Form

Office Use Only M&M Pt. #					

Заполните печатными буквами

Фамилия		Отчество	
Имя		Классный руководитель	
Почтовый адрес			
Город		Штат	Индекс
Округ		SSN	-- --
День рождения	-- -- Возраст	Телефон	-- --

Пол ☐ Муж. ☐ Жен. Этническая принадлежность : ☐ Латиноамериканец ☐ Не латиноамериканец

- **Родной язык:**
- **Раса:** ☐ Белый ☐ Афро-Американец ☐ Американский индеец/Представитель народов Аляски ☐ Азиат ☐ Представитель Гавайев /Тихоокеанского побережья

Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы: Примечание**: данная информация необходима для получения федерального финансирования** *и не* повлечёт отказа в вакцинации вашего ребёнка. *Эта информации конфиденциальна.*

Мой ребёнок:

☐ Имеет Medicaid или Health Choice – Получатель I.D. Number

☐ Имеет страховку– Имя страховой компании

Пожалуйста, приложите копию карточки мед. страхования с двух сторон

☐ Не имеет страховки – нет мед. покрытия

Были ли у вашего ребёнка обмороки после вакцинации?	☐ Да ☐ Нет
Были ли увашего ребёнка серьёзные реакции после получения вакцинации?	☐ Да ☐ Нет
Есть ли у вашего ребёнка аллергия на медикаменты,пищу, вакцину или на что- либо ещё ? Если да, перечислите:	☐ Да ☐ Нет
Были ли у вашего ребёнка припадки, болезни центральной нервной системы или проблемы, связанные с заболеваниями головного мозга?	☐ Да ☐ Нет

- **Да ,я даю разрешение на иммунизацию моего ребёнка** **вакциной(Tdap)**
- Частным страховкам и /или Medicaid будет выставлен счёт за вакцинацию, а также, за административные расходы. Обратите внимание на то, что Вы можете получить счёт за услуги,которые не покрывает ваша страховка, такие как: франшиза, доплата пациента за визит или счет за использование медицинских услуг вне группы, определенной страховой компанией .
- Я прочитал/а памятку по поводу вакцины против Столбняка-Дифтерии-Коклюша и осознаю преимущества,риски и возможные осложнения, которые могут произойти после получения вакцины. Я подтверждаю, что мой ребёнок,(ф.и.о указана выше), не имеет осложнений, перечисленных выше и я получил ответы на все мои вопросы.
- Я подтверждаю, что был осведомлён о наличии формы- уведомления о конфиденциальности Департамента здравоохранения округа Buncombe насайтеhttp://buncombecounty.org/common/health/NoticeOfPrivacyPractices_English.pdf или в школе.

Подпись родителя/ Опекуна X _____ Дата

STAFF USE ONLY - VACCINE ELIGIBILITY - - VACCINE DATA - - NURSE'S SIGNATURE

Tdap	Date:	Type of Vaccine: Tdap	Route: IM ☐ RD ☐LD	Pay Source ☐ State ☐County	Lot #:
Nurse's Signature_____		Nurse's M&M Initials_____	DATA ENTRY: Date / Initials	M&M _____/_____	NCIR _____/_____