



FLORIDA DEPARTMENT OF HEALTH IN ORANGE COUNTY  
IMMUNIZATION SCREENING AND CONSENT FORM

QFlow #:

Date:

Con quý vị có thể cần một hoặc nhiều vắc-xin cần thiết để đi học. **Để con quý vị được tiêm vắc-xin, quý vị phải điền vào mẫu đơn này.** Nhân viên có giấy phép của Bộ Y Tế Florida tại Quận Cam sẽ tiêm chủng miễn phí cho các trẻ đủ điều kiện thông qua chương trình Tiêm Vắc-xin cho Trẻ Em.

**PHẦN 1: THÔNG TIN VỀ TRẺ-VUI LÒNG VIẾT IN**

Họ		Tên		Tên Đệm	
Ngày Sinh của Trẻ			Tuổi		Giới Tính của Trẻ <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ
Tháng	Ngày	Năm			
Chủng Tộc của Trẻ (Chọn tất cả các trường hợp phù hợp) <input type="checkbox"/> Người Mỹ Bản Xứ hoặc Người Alaska Bản Xứ <input type="checkbox"/> Người Da Đen hoặc Mỹ Gốc Phi <input type="checkbox"/> Người Gốc Á <input type="checkbox"/> Người Hawaii Bản Xứ hoặc Người Các Đảo Thái Bình Dương Khác <input type="checkbox"/> Người Da Trắng					
Ngôn Ngữ Ưu Dùng của Trẻ (Cần thông dịch viên? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không)				Sắc Tộc của Trẻ Người Gốc Tây Ban Nha/Mỹ Latin: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Địa Chỉ của Trẻ					
Thành phố		Tiểu bang		Mã Zip	Quốc Gia Nơi Sinh
Trẻ hiện nay có ghi danh học tại một Trường Trong Quận Cam không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			Trẻ sẽ học lớp mấy trong năm học này? 2020-2021		
Trẻ có sinh tại Florida hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không					
<b>Thông Tin về Phụ Huynh/Người Giám Hộ Hợp Pháp</b>					
Họ		Tên		Tên Đệm	
Quan hệ với trẻ			Ngôn Ngữ Ưu Dùng Cần thông dịch viên? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
Số Điện Thoại			Ngày Sinh		
			Tháng	Ngày	Năm
HMS MRN	FLshots ID # (State Imm ID)	Insurance	680 Only	No Services	Registration Clerk

## PHẦN 2: SÀNG LỌC ĐIỀU KIỆN TIÊM VẮC-XIN

Các câu hỏi sau đây sẽ giúp chúng tôi xác định trẻ có thể được tiêm vắc-xin nào. Nếu quý vị trả lời "có" đối với bất kỳ câu hỏi nào, điều đó không nhất thiết có nghĩa là trẻ sẽ không được tiêm vắc-xin.

Vui lòng chọn CÓ hoặc Không đối với từng câu hỏi		CÓ	KHÔNG
1. Hôm nay trẻ có bệnh không? Sốt trong 24 giờ vừa qua (trên 100,4°)?			
2. Trẻ có dị ứng với thuốc, thức ăn, một thành phần của vắc-xin, môi trường hoặc cao su latex không? Vui lòng giải thích			
(Các) tác nhân gây dị ứng		Ngày khởi phát	
(Các) phản ứng		Mức độ nghiêm trọng <input type="checkbox"/> Nhẹ <input type="checkbox"/> Trung bình <input type="checkbox"/> Nặng	
3. Trẻ có từng bị thủy đậu không? Nếu có, ở độ tuổi nào _____ HOẶC vào năm nào _____			
4. Trẻ có từng có phản ứng nghiêm trọng với một loại vắc-xin trong quá khứ không?			
5. Trẻ có từng gặp một vấn đề sức khỏe về phổi, tim, thận hoặc bệnh liên quan đến chuyển hóa (ví dụ như bệnh tiểu đường), suyễn hoặc rối loạn máu không?			
6. Trẻ, một anh/chị/em, hoặc cha/mẹ có từng bị co giật; trẻ có từng gặp các vấn đề về não hoặc các vấn đề khác về hệ thần kinh không?			
7. Trẻ có mắc ung thư, bệnh bạch cầu, HIV/AIDS hoặc bất kỳ vấn đề nào khác về hệ miễn dịch không?			
8. Trong ba tháng vừa qua, trẻ có sử dụng các thuốc ảnh hưởng đến hệ miễn dịch chẳng hạn như prednisone, các thuốc steroid khác, hoặc thuốc chống ung thư; thuốc để điều trị thấp khớp, bệnh Crohn, hoặc bệnh vẩy nến; hoặc được xạ trị không?			
9. Trong năm vừa qua, trẻ có được truyền máu hoặc các sản phẩm máu hoặc được cho dùng thuốc globulin (gamma) miễn dịch hoặc kháng virus không?			
10. Trẻ/thanh thiếu niên có mang thai hoặc có khả năng có thể mang thai trong tháng tới không? LMP? _____			
11. Con quý vị có từng được tiêm vắc-xin phòng Bệnh Lao (TB) trong vòng 30 ngày vừa qua không? Nếu CÓ, cho biết loại vắc-xin và ngày tiêm: _____ hoặc ngày đọc kết quả xét nghiệm lao: _____			

Nurse Name Printed		Nurse Signature		Date:	
--------------------	--	-----------------	--	-------	--



# BẮT ĐẦU CÁC DỊCH VỤ

QFlow #:

## **PHẦN I** SỰ ĐỒNG Ý XÁC LẬP QUAN HỆ KHÁCH HÀNG-NHÀ CUNG CẤP

Tên Khách Hàng: \_\_\_\_\_  
Tên Cơ Quan: **Florida Department of Health - Orange**  
Địa Chỉ Cơ Quan: **6101 Lake Ellenor Drive, Orlando, Florida 32809**

Tôi đồng ý xác lập quan hệ khách hàng-nhà cung cấp. Tôi cho phép nhân viên Bộ Y Tế và đại diện của họ cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe định kỳ. Tôi hiểu rằng dịch vụ chăm sóc sức khỏe định kỳ được bảo mật và là tự nguyện và có thể gồm có các buổi thăm khám y tế bao gồm thu thập bệnh sử, đánh giá, khám, cho dùng thuốc, xét nghiệm và/hoặc các thủ thuật nhỏ. Tôi có thể ngưng mối quan hệ này vào bất kỳ lúc nào.

## **PHẦN II** SỰ ĐỒNG Ý TIẾT LỘ THÔNG TIN

(Chỉ phục vụ mục đích điều trị, thanh toán hay hoạt động chăm sóc sức khỏe)

Tôi đồng ý cho phép sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe của tôi; bao gồm thông tin y tế, nha khoa, HIV/AIDS, STD, TB, phòng ngừa lạm dụng được chất, tâm thần/tâm lý, và quản lý hồ sơ; phục vụ mục đích điều trị, thanh toán và hoạt động chăm sóc sức khỏe.

## **PHẦN III** XÁC NHẬN BỆNH NHÂN MEDICARE, CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN, VÀ YÊU CẦU THANH TOÁN

(Chỉ áp dụng cho Khách Hàng Medicare)

Là Khách Hàng/Người Đại Diện ký tên bên dưới, tôi xác nhận rằng thông tin tôi cung cấp khi đăng ký nhận thanh toán theo Khoản XVIII của Đạo Luật An Sinh Xã Hội là chính xác. Tôi cho phép cơ quan bên trên tiết lộ thông tin sức khỏe của tôi cho Sở An Sinh Xã Hội hoặc các bên trung gian/công ty bảo hiểm của họ đối với yêu cầu bảo hiểm này hoặc một yêu cầu bảo hiểm Medicare liên quan. Tôi yêu cầu thực hiện thanh toán đối với các quyền lợi bảo hiểm được phép thay mặt cho tôi. Tôi chỉ định các quyền lợi phải thanh toán đối với các dịch vụ của bác sĩ cho cơ quan có tên bên trên và cho phép họ nộp đơn yêu cầu bảo hiểm cho Medicare để thanh toán.

## **PHẦN IV** CHỈ ĐỊNH QUYỀN LỢI

(Chỉ áp dụng cho Các Bên Thanh Toán Thứ Ba)

Là Khách Hàng/Người Đại Diện ký tên bên dưới, tôi chỉ định cho cơ quan có tên bên trên tất cả các quyền lợi bảo hiểm được cung cấp theo bất kỳ chương trình chăm sóc sức khỏe hoặc hợp đồng bảo hiểm chi phí y tế nào. Số tiền của các khoản quyền lợi bảo hiểm đó sẽ không vượt quá các chi phí y tế được đặt ra theo biểu phí được duyệt. Tất cả các khoản thanh toán theo đoạn này sẽ được thực hiện cho cơ quan bên trên. Cá nhân tôi chịu trách nhiệm đối với các chi phí không được điều chỉnh theo sự chỉ định này.

## **PHẦN V** THU THẬP, SỬ DỤNG HOẶC TIẾT LỘ SỐ AN SINH XÃ HỘI

(Thông báo này được cung cấp tuân theo Mục 119.071(5)(a), Các Quy Chế của Florida.)

Đối với các chương trình chăm sóc sức khỏe, Bộ Y Tế Florida có thể thu thập số an sinh xã hội của quý vị vì mục đích nhận dạng và lập hóa đơn, như được cho phép theo các tiểu mục 119.071(5)(a)2.a. và 119.071(5)(a)6., Các Quy Chế của Florida. Bằng việc ký tên bên dưới, tôi đồng ý cho phép thu thập, sử dụng hoặc tiết lộ số an sinh xã hội của tôi chỉ cho mục đích nhận dạng và lập hóa đơn. Nó sẽ không được sử dụng cho bất kỳ mục đích nào khác. Tôi hiểu rằng việc Bộ Y Tế Florida thu thập số an sinh xã hội là cần thiết để thực hiện các nghĩa vụ và trách nhiệm của bộ theo quy định của pháp luật.

## **PHẦN VI** CHỮ KÝ CỦA TÔI BÊN DƯỚI XÁC NHẬN THÔNG TIN BÊN TRÊN VÀ XÁC NHẬN VIỆC NHẬN THÔNG BÁO VỀ CÁC QUYỀN RIÊNG TƯ

Chữ Ký của Khách Hàng/Người Đại Diện \_\_\_\_\_ Bản Thân hoặc Quan Hệ của Người Đại Diện với Khách Hàng \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

Người làm chứng (không bắt buộc) \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

## **PHẦN VII** RÚT LẠI SỰ ĐỒNG Ý

Tôi, \_\_\_\_\_ RÚT LẠI SỰ ĐỒNG Ý NÀY, có hiệu lực từ \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_  
Chữ Ký của Khách Hàng/Người Đại Diện

Người làm chứng (không bắt buộc) \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

Bản gốc lưu vào hồ sơ; Liên giao khách hàng

*For Office Use Only – Print or Use Label*  
Client Name: \_\_\_\_\_  
MRN: \_\_\_\_\_  
DOB: \_\_\_\_\_