

## MCHD COVID 疫苗接种登记及预筛查表格

**说明：** 这些信息将被记录到州免疫跟踪系统 Alert IIS 中。请用正楷清晰书写。签署本文件即表示您已阅读或已向您解释了本表格中有关 COVID-19 疫苗的信息。您有机会提出问题，并得到了满意的答复。您认为自己已了解 COVID-19 疫苗的益处和风险，并要求为您接种疫苗。

姓氏		名字		中间名/姓名首字母	
出生日期 (年/月/日)		电子邮箱		电话	
街道地址			城市， 州，邮编		

**性别：**

- 女性  
  男性  
  AFAB, 跨性别男性, 变性男性  
  AMAB, 跨性别女性, 变性女性  
 非二元性别, 性别酷儿, 性别扩展  
 其他: \_\_\_\_\_  
 不愿披露

筛选问卷：如果对以下任何情况的回答“是”，则可能会询问您其他问题	是	否
1. 您是否对任何东西产生了立即严重过敏反应（例如，过敏性反应）？例如，您接受肾上腺素（EpiPen）治疗或者必须去医院接受治疗的反应？或者，您是否有 EpiPen® 的处方？		
2. 接受任何疫苗或其他注射后，您是否曾有过任何立即过敏反应？（例如，嘴痒、荨麻疹、舌头肿胀）		
3. 您接种了几剂 COVID-19 新冠疫苗？		
第 1 剂的接种日期/品牌	第 2 剂的接种日期/品牌	
4. 接种 COVID-19 新冠疫苗后，您是否出现对聚山梨酸酯或聚乙二醇(PEG)的过敏反应？		
5. 在过去 90 天内，您是否曾患过多系统炎症综合征(MIS-C OR MIS-A)？		
6. 在过去 90 天内，您是否接受过被动抗体疗法（单克隆抗体或恢复期血清）来治疗或预防 COVID-19 新冠病毒？		
7. 如果这是您接种的第二剂辉瑞疫苗或莫德纳疫苗，您在接种第一剂疫苗后心脏是否出现过任何不适？您之前是否患过心肌炎（心脏炎症）？		
8. 您是否患有出血性疾病或正在服用血液稀释剂？		
9. 您在过去 6 个月内是否曾患过肝素诱发的血小板减少症或接受过血栓治疗？		
10. 您是否患过导致瘫痪的严重神经问题格林-巴利综合征(GBS)？		

\*您是否收到有关今天接种的 COVID-19 新冠疫苗的书面信息？  是  否

接种者或家长或监护人签名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

正楷书写家长或监护人姓： \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_ 中间名 \_\_\_\_\_

**请注意：**在整个疫苗接种过程中，需要有一个尽责的成年人陪伴 15 岁以下的青少年。如果您请另外一位成年人陪伴您的孩子前来疫苗诊所，我们还有一份[单独的同意书](#)需要您签署，（如果您没有这份同意书，也可以通过电话完成）。

姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_ 中间名 \_\_\_\_\_

这些问题是可选的，您答案将保密。我们想了解您的种族和民族，以便发现并解决健康和服务差异方面的问题。

## 种族和民族

1. 您的种族、民族、部落归属、原籍国或祖籍身份是什么？

---

2. 下列哪项描述了您的种族或民族身份？请勾选**全部**适用项。

### 西班牙裔和拉丁裔

- 中美洲
- 墨西哥
- 南美洲
- 其他西班牙裔或拉丁裔

### 夏威夷原住民或太平洋岛民

- 查莫罗人
- 马绍尔人
- 密克罗尼西亚地区的社区
- 夏威夷原住民
- 萨摩亚人
- 其他太平洋岛民

### 白种人

- 东欧人
- 斯拉夫人
- 西欧人
- 其他白种人

### 美洲印第安人和阿拉斯加原住民

- 美洲印第安人
- 阿拉斯加原住民
- 加拿大因纽特人、梅蒂斯人或原住民
- 土著墨西哥人、中美洲人或南美洲人

### 黑种人/非裔美国人

- 非裔美国人
- 加勒比黑种人
- 埃塞俄比亚人
- 索马里人
- 其他非裔（黑种人）
- 其他黑种人

### 中东人/北非人

- 中东人
- 北非人

### 亚洲人

- 亚洲印度人
- 柬埔寨人
- 中国人
- 缅甸社区
- 菲律宾人
- 赫蒙人
- 日本人
- 韩国人
- 老挝人
- 南亚人
- 越南人
- 其他亚洲人

### 其他类别

- 其他（请列出）

- 
- 不知道
  - 不想回答

3. 如果您在上面勾选了一个以上的类别，是否有一个您认为是自己的**主要**种族或民族身份？

- 是。请在上面圈出您的主要种族或民族身份。
- 我并不只有一个主要的种族或民族。

- 否，我认为自己是双种族或多种在身份。
- 不适用。我在上面只选择了一个类别。
- 不知道
- 不想回答