

## BIỂU MẪU ĐĂNG KÝ VÀ SÀNG LỌC TRƯỚC CỦA MCHD ĐỂ CHÍCH NGỪA COVID

**Hướng dẫn:** Thông tin này sẽ được ghi nhận vào hệ thống theo dõi tiêm chủng của tiểu bang, Alert IIS. **Vui lòng viết rõ ràng bằng chữ in hoa.** Việc ký tên vào giấy này cho biết rằng quý vị đã đọc hoặc đã được giải thích thông tin về vắc-xin ngừa COVID-19 trên mẫu đơn này. Rằng quý vị đã có cơ hội đặt ra các câu hỏi và được giải đáp thỏa đáng. Rằng quý vị tin rằng quý vị hiểu được những lợi ích và rủi ro của vắc-xin ngừa COVID-19 và rằng quý vị yêu cầu tiêm vắc-xin này cho quý vị.

Họ Tên		Tên		Tên đệm/viết tắt	
Ngày sinh (MM/DD/YY) và Tuổi		Email		Điện thoại	
Địa chỉ đường		Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip			

### Giới tính:

- ☐ Nữ ☐ Nam ☐ AFAB, Nam chuyển giới, Nam chuyển giới tự nhiên ☐ AMAB, Nữ chuyển giới, Nữ chuyển giới tự nhiên  
☐ Phi nhị nguyên giới, Chưa rõ giới tính, Giới tính mở ☐ Khác: \_\_\_\_\_ ☐ Không muốn trả lời

Bảng Câu Hỏi Sàng Lọc: Nếu trả lời Có với bất kỳ câu hỏi nào sau đây, quý vị có thể được hỏi các câu hỏi khác		Có	Không
1. Quý vị có từng gặp một phản ứng dị ứng nghiêm trọng tức thời (ví dụ như sốc phản vệ) với bất kỳ thứ gì không? Ví dụ, phản ứng khi quý vị được điều trị bằng epinephrine (EpiPen) hoặc phản ứng dẫn đến quý vị phải đến bệnh viện? Hoặc quý vị có toa thuốc EpiPen® không?			
2. Quý vị có từng gặp bất kỳ phản ứng dị ứng ngay lập tức nào sau khi tiêm bất kỳ vắc-xin hay thuốc tiêm nào khác không? (ví dụ như ngứa miệng, phát ban, sưng lưỡi)			
3. Quý vị đã tiêm bao nhiêu vắc-xin COVID-19 trong quá khứ?			
Liều #1 ngày/nhãn hiệu	Liều #2 ngày/nhãn hiệu		
4. Quý vị đã có phản ứng dị ứng sau khi chích ngừa COVID-19, tiêm chất polysorbate hay chất polyethylene glycol (PEG) không?			
5. Quý vị có mắc Hội Chứng Viêm Đa Hệ (MIS-C hay MIS-A) trong 90 ngày vừa qua không?			
6. Quý vị đã từng sử dụng liệu pháp kháng thể thụ động (kháng thể đơn dòng hoặc huyết thanh người đang dưỡng bệnh) để điều trị hay ngăn ngừa COVID-19 trong 90 ngày vừa qua không?			
7. Nếu đây là liều vắc-xin Pfizer hoặc Moderna thứ hai của quý vị, quý vị có gặp bất kỳ vấn đề nào về tim sau liều vắc-xin đầu tiên không? Quý vị đã từng bị viêm cơ tim (nhiễm trùng tim) trước kia không?			
8. Quý vị có bị rối loạn chảy máu hoặc đang sử dụng thuốc chống đông máu không?			
9. Quý vị có bao giờ bị bệnh tiểu cầu thấp do heparin gây ra hay được điều trị cục máu đông trong 6 tháng vừa qua không?			
10. Quý vị có bao giờ bị Hội chứng Guillain-Barre (GBS), một vấn đề thần kinh nghiêm trọng gây tê liệt không?			

\*Quý vị đã nhận thông tin bằng văn bản về vắc-xin COVID-19 được chích ngừa hôm nay chưa? ☐ Có ☐ Không

Chữ ký của Người Tham Gia HOẶC Cha Mẹ hay Người Giám Hộ: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Viết in hoa tên của Cha Mẹ hoặc Người Giám Hộ: \_\_\_\_\_ Tên \_\_\_\_\_ Tên đệm \_\_\_\_\_

**VUI LÒNG LƯU Ý:** Cần phải có một người trưởng thành chịu trách nhiệm ở lại với thanh thiếu niên nào dưới 15 tuổi trong toàn bộ quy trình tiêm vắc-xin. Nếu quý vị cho con mình đến phòng tiêm vắc-xin với một người lớn khác, chúng tôi cũng có một [giấy chấp thuận riêng](#) mà quý vị cần phải ký (có thể thực hiện việc này qua điện thoại nếu quý vị không có giấy đó).

Họ \_\_\_\_\_ Tên \_\_\_\_\_ Tên đệm \_\_\_\_\_

Những câu hỏi này là không bắt buộc và các câu trả lời của quý vị được bảo mật. Chúng tôi muốn quý vị cho chúng tôi biết chủng tộc và sắc tộc của quý vị để chúng tôi có thể tìm và giải quyết những khác biệt về sức khỏe và dịch vụ.

### Chủng Tộc và Sắc Tộc

1. Quý vị xác định **chủng tộc, sắc tộc, liên kết bộ tộc, quốc gia xuất xứ, hoặc tổ tiên** của mình như thế nào?

\_\_\_\_\_

2. Điều nào sau đây mô tả bản sắc chủng tộc hoặc dân tộc của quý vị? Vui lòng chọn **TẤT CẢ** các mục phù hợp.

#### Người Gốc Tây Ban Nha và Mỹ La-tinh

- ☐ Người Trung Mỹ
- ☐ Người Mexico
- ☐ Người Nam Mỹ
- ☐ Người gốc Tây Ban Nha hoặc Mỹ La-tinh khác

#### Người Hawaii Bản Xứ và Người Đảo Thái Bình Dương

- ☐ Người CHamoru (Chamorro)
- ☐ Người Marshall
- ☐ Các cộng đồng thuộc Khu Vực Micronesia
- ☐ Người Hawaii Bản Xứ
- ☐ Người Samoa
- ☐ Người Đảo Thái Bình Dương khác

#### Người Da Trắng

- ☐ Người Đông Âu
- ☐ Người Slav
- ☐ Người Tây Âu
- ☐ Người Da Trắng Khác

#### Người Mỹ Da Đỏ và Người Alaska Bản Xứ

- ☐ Người Mỹ Da Đỏ
- ☐ Người Alaska Bản Xứ
- ☐ Người Inuit, Metis, hoặc First Nation ở Canada
- ☐ Người Bản Xứ Mexico, Trung Mỹ, hoặc Nam Mỹ

#### Người Da Đen hoặc Mỹ Gốc Phi

- ☐ Người Mỹ Gốc Phi
- ☐ Người Caribê Gốc Phi
- ☐ Người Ethiopia
- ☐ Người Somalia
- ☐ Người Châu Phi Khác (Da Đen)
- ☐ Người Da Đen Khác

#### Người Trung Đông/Bắc Phi

- ☐ Người Trung Đông
- ☐ Người Bắc Phi

#### Người Châu Á

- ☐ Người Ấn Độ
- ☐ Người Campuchia
- ☐ Người Hoa
- ☐ Các cộng đồng ở Myanmar
- ☐ Người Philipin
- ☐ Người Hmong
- ☐ Người Nhật
- ☐ Người Triều Tiên
- ☐ Người Lào
- ☐ Người Nam Á
- ☐ Người Việt
- ☐ Người Châu Á Khác

#### Các Phân Loại Khác

- ☐ Khác (*vui lòng liệt kê*)
- \_\_\_\_\_

- ☐ Không biết
- ☐ Không muốn trả lời

3. Nếu quý vị đã chọn **nhều hơn một** phân loại bên trên, có **một** phân loại quý vị cho là chủng tộc hoặc sắc tộc **chính** của quý vị không?

- ☐ Có. Vui lòng khoanh tròn chủng tộc hoặc sắc tộc chính của quý vị ở bên trên.
- ☐ Tôi không chỉ có một chủng tộc hoặc sắc tộc chính.
- ☐ Không. Tôi xác định mình thuộc Hai Chủng Tộc hoặc Nhiều Chủng Tộc.
- ☐ Không áp dụng. Tôi chỉ chọn một phân loại bên trên.
- ☐ Không biết
- ☐ Không muốn trả lời.

