



Đơn Đồng Ý Chủng Ngừa Vắc Xin Cúm Cho Học Sinh
VIETNAMESE Student Flu Vaccine Consent & Release Form

XIN VIẾT HOA

ĐIỀN ĐẦY ĐỦ CHO MỖI HỌC SINH

TÊN HỌC SINH: Họ (Student's Last Name)		Tên (First Name)		(Tên lót)	NGÀY SINH (Birth Date)		
					Tháng	Ngày	Năm
					/ /		
TÊN PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ Họ (Parent)		(Tên)		(Tên lót)	Giới tính: Khannh trun		Tuổi (Age)
					Nam(M) Nữ(F) (Gender)		
ĐỊA CHỈ (Address)				DIỆN THOẠI (Phone)			
				Ban ngày: (Day) ()			
THÀNH PHỐ VÀ TIỂU BANG (City, State)			MÃ VÙNG (Zip)		Di động: (Cell) ()		
					Điện thoại nhà: (Home) ()		
TRƯỜNG HỌC (School Name)		HỌC KHU (School Town)		LỚP Khannh trun (Grade)			
				K 1 2 3 4 5 6			
TÊN GIÁO VIÊN CHỦ NHIỆM (Ho, Tên) và SỐ PHÒNG LỚP HỌC (Teacher/Rm.)				TÊN BÁC SĨ (Doctor's Name)			

Chương trình chủng ngừa được cấp miễn phí cho tất cả các học sinh tiểu học, tuy nhiên vì những mục đích của chương trình, chúng tôi cần các thông tin dưới đây. Vui lòng đánh dấu vào ô phù hợp: () Thẻ Medicaid () Không có Bảo hiểm Y tế
 () Người Mỹ Da đỏ/Người bản địa Alaska () Có Bảo hiểm Y tế nhưng không chi trả cho các loại chủng ngừa cúm
 () Có Bảo hiểm Y tế chi trả cho các loại chủng ngừa cúm

Các câu hỏi dưới đây giúp chúng tôi quyết định con bạn có thể CHÍCH NGỪA CÚM

Vui lòng đánh dấu **CÓ** hoặc **KHÔNG** cho mỗi câu hỏi:

	CÓ	KHÔNG
1. Con quý vị có bị dị ứng nghiêm trọng với trứng không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Con quý vị có bệnh dị ứng nghiêm trọng nào không? Xin liệt kê:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Con bạn có bị dị ứng nghiêm trọng với mũi chích ngừa cúm trước kia không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Con bạn có bị triệu chứng "Guillain-Barre Syndrome" (rối loạn nghiêm trọng hệ thống thần kinh) không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Đồng ý với việc tiêm chủng ngừa cho Trẻ:

Tôi đã đọc Thông báo Hướng dẫn về Chủng Ngừa cho "Inactivated Influenza Vaccine 2017-2018" hoặc đã nghe giải thích thông tin. Tôi đã có cơ hội hỏi những thắc mắc và nhận được trả lời đầy đủ. Tôi hiểu được các lợi ích và rủi ro trong việc chủng ngừa và yêu cầu được chủng ngừa cho con tôi tại trường học, cho người mà tôi đặt yêu cầu. Tôi sẽ chịu trách nhiệm chi phí sức khoẻ nếu xảy ra bất cứ vấn đề sau khi chủng ngừa. Tôi hiểu rằng con tôi cần có 2 mũi chích ngừa, đó là trách nhiệm của tôi khi con tôi nhận mũi chích thứ hai này. Tôi đã đọc Thư Lưu ý về Quy Định Thực hành của Hệ thống Y tế Genesis. Tôi đơn đơn này để Genesis và nhân viên có thể chủng ngừa cho con tôi tại trường học.

Chữ ký Phụ huynh/Giám hộ _____ Ngày: _____ / _____ / _____
 Parent Signature Date Tháng Ngày Năm

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY

Vaccine	Date Dose Administered	Site	Route	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Expiration Date
2017-2018 Inactivated Influenza	/ /	RD LD	IM 0.5 ml			06/30/18
Name & Title of Vaccine Administrator:						