



Please print: **እባክዎ ይጻፉ:-**

Last, First Name: የአያት ስም፣ የመጀመሪያ ስም:- _____

Home Address: የቤት አድራሻ:- _____

Date of Birth: የልደት ቀን:- _____

COVID-19 Vaccine Screening and Consent የኮቪድ-19 ክትባት ማጣሪያ እና ስምምነት

COVID-19 vaccines have not been formally approved by the FDA; they have been approved for emergency use. You will be having this brand of COVID-19 vaccine:
የኮቪድ-19 ክትባቶች በይፋ ወይም በመደበኛ ሁኔታ በፊደራል የመድኃኒት አስተዳደር (FDA) አልጸደቁም፤ ለአስቸኳይ ጊዜ አገልግሎት ብቻ እንዲውሉ ጸድቀዋል። የዚህኛውን የኮቪድ-19 ክትባት ዓይነት (ብራንድ) ይወስዱ:-

- Pfizer (see fact sheet)*
 ፋይዘር (Pfizer) (የመረጃ ወረቀቱን ይመልከቱ:- www.fda.gov/media/144414/download)
- Moderna (see fact sheet)*
 ሞደርና (Moderna) (የመረጃ ወረቀቱን ይመልከቱ:- www.fda.gov/media/144638/download)
- Johnson & Johnson (Janssen) (see fact sheet)*
 Johnson & Johnson (Janssen) (ጆንሰን እና ጆንሰን (ጃንሰን)) (የመረጃ ወረቀቱን ይመልከቱ:- www.fda.gov/media/146305/download)

Health History የጤና ታሪክ

Yes No Unknown
አዎ አይ አልታወቀም

1. Have you ever had a COVID-19 vaccine?
የኮቪድ-19 ክትባት ወስደው ያውቃሉ?

If you answered Yes: Which brand did you have? When?
አዎ ብለው ከመለሱ:- የትኛውን ዓይነት (ብራንድ) ነው የተከተቡት? መቼ?

Pfizer Date of dose #1
 ፋይዘር (Pfizer) 1ኛውን የክትባት መጠን ወይም ዶዝ የወሰዱበት ቀን:- _____
Date of dose #2 (if applicable)
2ኛውን የክትባት መጠን ወይም ዶዝ የወሰዱበት ቀን (መተግበር የሚችል ከሆነ) _____

Moderna Date of dose #1
 ሞደርና (Moderna) 1ኛውን የክትባት መጠን ወይም ዶዝ የወሰዱበት ቀን:- _____
Date of dose #2 (if applicable)
2ኛውን የክትባት መጠን ወይም ዶዝ የወሰዱበት ቀን (መተግበር የሚችል ከሆነ):- _____

Johnson & Johnson Date of dose #1
 ጆንሰን እና ጆንሰን 1ኛውን የክትባት መጠን ወይም ዶዝ የወሰዱበት ቀን:- _____
Date of dose #2 (if applicable)
2ኛውን የክትባት መጠን ወይም ዶዝ የወሰዱበት ቀን (መተግበር የሚችል ከሆነ):- _____

Yes No Unknown
አዎ አይ አይታወቅም

2. *Have you ever had a severe allergic reaction (anaphylaxis) after any type of injection (shot) or vaccine?*
 ከማንኛውም አይነት መርፌ መወጋት ወይም ክትባት በኋላ ከባድ የአለርጂ አጻፋዊ ምላሽ (አጣዳፊ አለርጂ) አጋጥሞዎት ያውቃል?
3. *Have you ever been told you that you are allergic to polysorbate, polyethylene glycol (PEG) or any ingredients in the above fact sheet?*
 ለፖሊሶርቤት (polysorbate)፣ ፖሊታይሊን ግላይኮል (polyethylene glycol (PEG)) ወይም ከላይ ባለው የመረጃ ወረቀት ላይ ላሉ ማንኛውም ንጥረ ነገሮች አለርጂ እንዳለብዎት ተነግሮዎት ያውቃል?
4. *Have you been told that you have COVID-19 in the past 14 days?*
ባለፉት 14 ቀናት ውስጥ ኮቪድ-19 እንዳለብዎት ተነግሮዎታል?
5. *Have you been around anyone with COVID-19 in the past 14 days?*
ባለፉት 14 ቀናት ውስጥ ኮቪድ-19 ያለበት ሰው ዙሪያ ተገኝተው ያውቃሉ?
If you answered Yes: Have you completed your quarantine period (the length of time your care team said you should stay away from others)?
መልስዎ አዎ ከሆነ፡- ራስን ለይቶ ማቆየት ጊዜዎን (የእንክብካቤ ቡድንዎ ከሌሎች ሰዎች ርቀው መቆየት አለብዎት ያለዎት የጊዜ ርዝመት) ጨርሰዋል?
6. *Have you received antibodies or plasma to treat COVID-19 in the past 90 days?*
ባለፉት 90 ቀናት ውስጥ ኮቪድ-19ን ለማከም ፀረ እንግዳ አካል (antibodies) ወይም የደም ውሃን (plasma) ወስደዋል?
7. *Have you had Multisystem Inflammatory Syndrome in Children or Adults (MIS-C or MIS-A) due to Covid-19 in the past 90 days?*
 በልጆች ወይም አዎቂዎች ውስጥ **ባለፉት 90 ቀናት ውስጥ** በኮቪድ-19 ምክንያት የመልቲሲስተም ኢንፍላሚቶሪ ስንድሮም (MIS-C ወይም MIS-A) ታይቶብዎት ያውቃል?
8. *Are you feeling sick today?*
 ዛሬ የህመም ስሜት ይሰማዎታል?

If you are pregnant, lactating (nursing) or have a weak immune system from medication or a condition, please review this website, www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/recommendations/specific-groups.html, or talk to your health care provider.

እርጉዝ፣ የሚያጠቡ (ጡት አጥቢ) ከሆኑ ወይም መድሐኒት በመውሰድ ወይም በሌላ ህመም ምክንያት የሰውነትዎ በሽታ የመከላከል አቅም የተዳከመ ከሆነ፣ እባክዎ ይህን ድረ-ገጽ ይመልከቱ፡- www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/recommendations/specific-groups.html፣ ወይም የጤና እንክብካቤ አቅራቢዎን ያነጋግሩ።

Use of your information: This form is used to document that you received the COVID-19 vaccine(s). This information is stored by the Minnesota Immunization Information Center (MIIC) and will be available to those legally allowed to receive it (health care providers, schools, childcare centers, health departments). For more information, see www.health.state.mn.us/people/immunize/miic/public.html or call 1-800-657-3970.

የእርስዎን መረጃ መጠቀም:- ይህ ቅጽ የኮቪድ-19 ክትባት(ቶች) መውሰድዎን የሚሰንድ ነው። ይህ መረጃ የሚከማቸው በሚኒሶታ የክትባት መረጃ ማእከል (MIIC) ሲሆን እንዲጠቀሙበት ሕግ ለፈቀደላቸው አካላት (ለጤና አገልግሎት ሰጪዎች፣ ት/ቤቶች፣ የልጆች እንክብካቤ ማእከላት፣ የጤና ክፍሎች) የሚሰጥ ይሆናል። ለበለጠ መረጃ፣ www.health.state.mn.us/people/immunize/miic/public.html ን ይመልከቱ ወይም ወደ 1-800-657-3970 ይደውሉ።

Payment: Under the federal emergency, the vaccine is free, but your insurance will be billed for giving you the injection (shot). Please provide your insurance information for your visit.

ክፍያ:- በፌዴራል የድንገተኛ ጊዜ ህክምና መሠረት ክትባቱ ነፃ ነው። ነገር ግን ክትባቱን ለመስጠት (ለመውጋት) የጤና መድንዎ የሚከፍል ይሆናል። እባክዎ ለጉባኤዎ የጤና መድንዎን መረጃ ይስጡ።

- If you don't have your insurance information with you, please call Fairview Clinics 1-888-702-4073 or HealthEast Clinics 651-232-1100.
- የጤና መድንዎን መረጃ ካልተሰጠዎት፣ እባክዎን ወደ Fairview Clinics በ 1-888-702-4073 ወይም HealthEast Clinics በ 651-232-1100 ይደውሉ
- If you don't have insurance, we have a process to assist you. We may ask that you provide your state of residence and social security number **or** a state-issued identification or driver's license.
- የጤና መድን ከሌለዎት፣ ልንረዳዎ የምንችልበት ሂደት አለን። የነዋሪነት ሁኔታዎን እና የማኅበራዊ ደህንነት ቁጥርዎን ወይም በግዛቱ የተሰጠዎት መታወቂያ ወይም የመንጃ ፈቃድዎን ልንጠይቅዎት እንችላለን።

Reported side effects of COVID-19 vaccines
የታወቁ የኮቪድ-19 ክትባቶች የጎንዮሽ ጉዳቶች

Clinical trials have reported these side effects in some people:
የክሊኒካል ሙከራዎች የሚከተሉትን የጎንዮሽ ጉዳቶች በአንዳንድ ሰዎች ላይ አግኝተው አሳውቀዋል:-

- Injection site reaction (pain, redness or swelling where the shot was given); feeling very tired; headache; joint or muscle pain; chills or fever; feeling sick to the stomach; swollen glands; general sense of feeling unwell. These may not be all of the possible side effects. Other reactions, possibly severe, may become known after the vaccines are more widely used.
- በክትባት መስጫ ቦታዎች የታዩ (ክትባቱ የተወጋበት ቦታ ላይ ህመም፣ መቅለት ወይም ማበጥ)፤ በጣም የመድከም ስሜት፣ ራስ ምታት፣ የመገጣጠሚያ ወይም የጡንቻ ህመም፣ ብርድ ብርድ ማለት ወይም ትኩሳት፤ የሆድ ህመም፣ የእጢዎች ማበጥ እና አጠቃላይ ደህና ያለመሆን ስሜት። እነዚህ ሁሉም ሊሆኑ የሚችሉ የጎንዮሽ ጉዳቶች ላይሆኑ ይችላሉ። ሌሎች ችግሮች ምናልባትም ከባድ ችግሮች ክትባቱ ይበልጥ በስፋት ጥቅም ላይ ከዋለ በኋላ ሊታወቁ ይችላሉ።
- Severe allergic reactions (trouble breathing, swelling of the face and throat, fast heartbeat, bad bodily rash, dizziness and weakness). We will watch you for these symptoms for a short time after getting the vaccine.
- ከባድ የአለርጂ ችግሮች (ለመተንፈስ መቸገር፣ የፊት እና የጉሮሮ ማበጥ፣ የልብ ምት መፍጠን፣ መጥፎ የሰውነት ላይ ሽፍታ፣ ማዞር እና መድከም)። ክትባቱን ከወሰዱ በኋላ ለእነዚህ ምልክቶች ለአጭር ጊዜ እንጠብቅዎታለን።

- *There have been reports of severe blood clots after receiving the Johnson & Johnson (Janssen) vaccine. This is very, very rare—affecting a few people out of every million who receive this vaccine. After a careful safety review, the FDA and CDC agree that the benefits of this vaccine far outweigh the risks.*
- የ ጄንሰን እና ጄንሰን (ጃንሰን (Janssen)) ክትባት ከወሰዱ በኋላ ከባድ የደም መርጋቶች ሪፖርቶች ነበሩ። ይህ በጣም፣ በጣም አናሳ ነው - ይህንን ክትባት ከሚወስዱት ከሚሊዮን ሰዎች ውስጥ ጥቂት ሰዎችን ይጎዳል። ጥንቃቄ ከተሞላበት የደህንነት ግምገማ በኋላ፣ FDA እና CDC ከሪፖርቶቹ ይልቅ የዚህ ክትባት ጥቅሞች የሚያመዝን መሆኑን ይስማማሉ።

Tell your care team if you have any side effects that bother you or do not go away. If you have a severe reaction of any kind after receiving the vaccine, call 9-1-1, or go to the nearest Emergency Room.
የሚያስጨንቅዎ ወይም ሊጠፉ ያልቻሉ አንዳች የጎንዮሽ ጉዳቶች ካሉብዎት ለእንክብካቤ ቡድንዎ ይናገሩ። ክትባቱን ከወሰዱ በኋላ አንዳች ከባድ የህመም ስሜት ካለብዎት፣ ወደ 9-1-1 ይደውሉ፣ ወይም በአቅራቢያዎ ወደሚገኝ የድንገተኛ ጊዜ ክፍል ይሂዱ።

Consent to be vaccinated
ክትባት ለመውሰድ ስምምነት

- *I understand that I will be receiving the vaccine checked on page 1. There are risks and benefits to having this vaccine. I have read the fact sheet for this vaccine or had it read to me. I have asked my care team any questions I had.*
- በገጽ 1 ላይ የተመረጠውን ክትባት የምወስድ መሆኔን ተረድቻለሁ። ይህን ክትባት መውሰድ አደጋዎች እና ጥቅሞች አሉት። የዚህን ክትባት የመረጃ ወረቀት አንብቤያለሁ ወይም ተነብቦልኛል። የእንክብካቤ ቡድኔን ያሉኝን ማንኛውንም ጥያቄዎች ጠይቄያለሁ።
- *I understand that I am asking that the COVID-19 vaccine be given to me (or to the person named below, for whom I am authorized to make this request).*
- የኮቪድ-19 ክትባት ለእኔ (ወይም ስሙ ከዚህ በታች ለተጠቀሰው፣ እኔ ይህን ጥያቄ ለማቅረብ ሕጋዊ ወኪል ለሆንኩለት ሰው) እንዲሰጥኝ እየጠየቅሁ መሆኔን ተረድቻለሁ።
- *I agree that Fairview Health Services may bill my health plan or other payers on my behalf and may receive payment of allowed benefits.*
- የፌየርቪው (Fairview) የጤና አገልግሎቶች የጤና እቅዴን ወይም እኔን በመወከል ሌሎች ከፋዮች ክፍያ መክፈል እንዲችሉ እና ለተፈቀዱ ጥቅማጥቅሞች ክፍያዎችን መቀበል እንዲችሉ ተስማምቻለሁ።

To be signed at the time of vaccination:
ክትባቱ በሚወሰድበት ጊዜ የሚፈረም፡-



_____	_____	_____	_____
<i>Patient Signature (or Authorized Representative)</i>	<i>Date</i>	<i>Time</i>	<i>am / pm</i>
የታካሚ ፈርማ (ወይም ፈቃድ የተሰጠው ተወካይ)	ቀን	ሰዓት	ጠዋት / ከሰዓት በኋላ

_____	_____
<i>Authorized Representative's Printed Name</i>	<i>Relationship to Patient</i>
ፈቃድ የተሰጠው ተወካይ በጉልህ የተጻፈ ስም	ከታካሚው ጋር ያለው ግንኙነት

(An “authorized representative” is a parent or legal guardian of a patient under age 18, or a legal guardian or health care agent of an adult who lacks decisional capacity. Guardians and agents require a copy of the guardianship court order or health care directive.)

(“ፈቃድ የተሰጠው ተወካይ” ማለት እድሜው ከ 18 በታች ለሆነ ታካሚ ወላጅ ወይም ህጋዊ ሞግዚት፣ ወይም የመወሰን አቅም የሌለው የጎልማሳ ህጋዊ ሞግዚት ወይም የጤና እንክብካቤ ወኪል ማለት ነው። ህጋዊ ሞግዚቶች እና ወኪሎች የሞግዚትነት የፍርድ ቤት ትእዛዝ ወይም የጤና እንክብካቤ መመሪያ ግልባጭ ያስፈልጋቸዋል።)

To be filled out by health care staff (if an interpreter is used):

በጤና እንክብካቤ ሠራተኞች የሚሞላ (አስተርጓሚ ተጠቅመው ከሆነ):-

<i>Date</i>	<i>Time</i>	<i>am / pm</i>
ቀን	ሰዓት	ጠዋት / ከሰዓት በኋላ

<i>Interpreter Name</i>	<i>Language</i>	<i>ID# (if accessed by phone or video)</i>
የአስተርጓሚ ስም	ቋንቋ	የመታወቂያ ቁጥር (ID#) (አገልግሎቱ የቀረበው በስልክ ወይስ በቪዲዮ ከሆነ)