



يرجى الكتابة بخط واضح:

Please print:

Last, First Name:  
الاسم الأول، اسم العائلة:

Home Address:  
عنوان المنزل:

Date of Birth:  
تاريخ الميلاد:

## COVID-19 Vaccine Screening and Consent فحص "التطعيم" بلقاح "كوفيد/19" و الموافقة عليه

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:

لم تعتمد إدارة الغذاء والدواء الأمريكية (FDA) لقاحات كوفيد-19 اعتماداً رسمياً؛ حيث وافقت عليها للاستخدام الطارئ فقط. ستتلقى لقاح كوفيد-19 من هذه العلامة التجارية:

Pfizer (see fact sheet)

فايزر (راجع نشرة الحقائق: [www.fda.gov/media/144651/download](http://www.fda.gov/media/144651/download))

Moderna (see fact sheet)

مودرنا (راجع نشرة الحقائق: [www.fda.gov/media/144709/download](http://www.fda.gov/media/144709/download))

Johnson & Johnson (Janssen) (see fact sheet)

جونسون أند جونسون (يانسن) (راجع نشرة الحقائق: [www.fda.gov/media/146768/download](http://www.fda.gov/media/146768/download))

Unknown No Yes  
غير معروف لا نعم

Health History  
التاريخ الصحي

1. Have you ever had a COVID-19 vaccine?  
هل سبق أن تلقيت لقاح كوفيد-19؟

If you answered Yes: Which brand did you have? When?  
إذا كانت الإجابة نعم: فما هي العلامة التجارية التي تلقيت اللقاح الخاص بها؟ ومتى؟

Date of dose #2 (if applicable) تاريخ الجرعة الثانية (إن وجد)	Date of dose #1 تاريخ الجرعة الأولى	Pfizer فايزر <input type="checkbox"/>
Date of dose #2 (if applicable) تاريخ الجرعة الثانية (إن وجد)	Date of dose #1 تاريخ الجرعة الأولى	Moderna مودرنا <input type="checkbox"/>
Date of dose #2 (if applicable) تاريخ الجرعة الثانية (إن وجد)	Date of dose #1 تاريخ الجرعة الأولى	Johnson & Johnson جونسون أند جونسون <input type="checkbox"/>

Unknown No Yes  
غير معروف لا نعم

2. Have you ever had a severe allergic reaction (anaphylaxis) after any type of injection (shot) or vaccine?  
هل أصبت من قبل برد فعل تحسسي شديد (حساسية مفرطة) بعد تلقيك أي نوع من الحقن (الجرعات) أو اللقاحات؟

3. Have you ever been told you that you are allergic to polysorbate, polyethylene glycol (PEG) or any ingredients in the above fact sheet?  
هل تم إخبارك من قبل أن لديك حساسية لمادة البولي سوربات، أو البولي إيثيلين جلايكول (PEG) أو أي من المكونات المدرجة في نشرة الحقائق أعلاه؟

4. *Have you been told that you have COVID-19 in the **past 14 days**?*  
هل تم إخبارك بأنك مصاب بكوفيد-19 خلال الـ **14 يوماً الماضية**؟

5. *Have you been around anyone with COVID-19 in the **past 14 days**?*  
هل كنت مخالطاً لأي شخص مصاب بكوفيد-19 خلال الـ **14 يوماً الماضية**؟

*If you answered Yes: Have you completed your quarantine period  
(the length of time your care team said you should stay away from others)?*

إذا كانت إجاباتك نعم: فهل أكملت فترة الحجر الصحي  
(الفترة الزمنية التي أخبرك فريق الرعاية أنه يجب عليك الابتعاد خلالها عن الآخرين)؟

6. *Have you received antibodies or plasma to treat COVID-19 in the **past 90 days**?*  
هل تلقيت أجساماً مضادة أو بلازما لعلاج كوفيد-19 خلال الـ **90 يوماً الماضية**؟

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**?*

هل عانيت من متلازمة الالتهاب متعدد النظم لدى الأطفال أو البالغين (MIS-A أو MIS-C)  
بسبب إصابتك بمرض كوفيد-19 خلال الـ **90 يوماً الماضية**؟

8. *Are you feeling sick today?*

هل تشعر بأنك مريض اليوم؟

*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](http://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/recommendations/specific-groups.html), or talk to your health care provider.*

إذا كنتِ أمًا حاملاً أو مرضعاً (رضاعة طبيعية)، أو كان جهازك المناعي ضعيفاً بسبب تناول دواء ما أو بسبب مشكلة صحية، فيرجى زيارة هذا الموقع الإلكتروني، [www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/recommendations/specific-groups.html](http://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/recommendations/specific-groups.html)، أو التحدث إلى مقدم الرعاية الصحية الخاص بك.

**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](http://www.health.state.mn.us/people/immunize/miic/public.html) or call 1-800-657-3970.*

استخدام معلوماتك: يُستخدم هذا النموذج لتوثيق تلقيك لقاح (لقاحات) كوفيد-19. وتُخزَّن هذه المعلومات لدى مركز معلومات التطعيم في ولاية مينيسوتا (MIIC) وستكون متاحة لأولئك المسموح لهم قانوناً بالحصول عليها (مقدمو الرعاية الصحية، والمدارس، ومراكز رعاية الأطفال، والإدارات الصحية). ولمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة الموقع [www.health.state.mn.us/people/immunize/miic/public.html](http://www.health.state.mn.us/people/immunize/miic/public.html) أو الاتصال بالرقم 1-800-657-3970.

**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.*

السداد: يتوفر اللقاح مجاناً، تحت مظلة الطوارئ الفدرالية، ولكن سيتحمل التأمين الخاص بك قيمة فاتورة حقنك (إعطاء الحقنة). يرجى إدخال معلومات التأمين الخاصة بك للزيارة.

*If you don't have your insurance information with you, please call Fairview Clinics 1-888-702-4073 or HealthEast Clinics 651-232-1100.*

إذا لم تكن معلوماتك التأمينية متاحة لديك، فيرجى الاتصال بعيادات Fairview على الرقم 1-888-702-4073 أو عيادات HealthEast على الرقم 651-232-1100.

*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.*

إذا لم يكن لديك تأميناً، فلدينا إجراءات لمساعدتك. قد نطلب منك تقديم حالة إقامتك ورقم الضمان الاجتماعي، أو هوية صادرة من الولاية أو رخصة قيادة.

### **Reported side effects of COVID-19 vaccines** **الآثار الجانبية المسجلة للقاحات كوفيد-19**

*Clinical trials have reported these side effects in some people:*  
أفادت التجارب السريرية بحدوث الآثار الجانبية التالية لدى بعض الأشخاص:

- 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.*
- رد فعل موضع الحقن (ألم أو احمرار أو تورم في مكان الحقن)؛ الشعور بالتعب الشديد، صداع، آلام بالمفاصل أو العضلات، قشعريرة أو ارتفاع درجة الحرارة، اضطرابات بالمعدة، تورم الغدد، شعور عام بالتوعك. وقد لا تكون هذه جميع الآثار الجانبية المحتملة للقاح. وقد تصبح ردود الفعل الأخرى، والتي قد تكون شديدة، معروفة بعد استخدام اللقاحات على نطاق واسع.
- 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.*
- ردود فعل تحسسية شديدة (صعوبة في التنفس وتورم الوجه والحنك وسرعة ضربات القلب وطفح جلدي قوي ودوار وضعف). وسنراقب ظهور هذه الأعراض عليك لفترة قصيرة بعد تلقيك للقاح.
- 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.*
- وردت بلاغات عن الإصابة بجلطات دموية حادة بعد تلقي لقاح جونسون أند جونسون (يانسن). وهذا نادر للغاية، حيث إنه يؤثر على بضعة أشخاص من كل مليون شخص يتلقون هذا اللقاح. وبعد مراجعة دقيقة لدرجة أمان اللقاح، اتفقت كل من إدارة الغذاء والدواء الأمريكية (FDA) ومراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها (CDC) على أن فوائد هذا اللقاح تفوق المخاطر المحتملة بسببه.

***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.***

أخبر فريق الرعاية إذا كنت تعاني من أي آثار جانبية مزعجة أو مستمرة. وإذا تعرضت لرد فعل شديد من أي نوع بعد تلقي اللقاح، فاتصل بالرقم 9-1-1، أو توجه إلى أقرب غرفة طوارئ.

**Consent to be vaccinated**  
**الموافقة على تلقي اللقاح**

- 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.*
- أدرك أنني سأتلقي اللقاح المحدد في الصفحة الأولى. وأن هناك مخاطر وفوائد لهذا اللقاح. وقد قرأت نشرة الحقائق الخاصة بهذا اللقاح أو قرأها شخص ما عليّ. وقد طرحت على فريق الرعاية الصحية الخاص بي كل ما يجول في خاطري من أسئلة.*
- 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).*
- أفهم أنني أطلب تلقي لقاح كوفيد-19 لنفسي (أو للشخص المذكور أدناه، وأنا المصرح لي بتقديم هذا الطلب من أجله).*
- I agree that Fairview Health Services may bill my health plan or other payers on my behalf and may receive payment of allowed benefits.*
- أوافق على أنه يجوز لشركة Fairview Health Services إصدار فاتورة مستحقة على خطتي الصحية أو غيرها من الجهات الدافعة نيابة عني، وتلقي المدفوعات المستحقة المسموح بها.*

**To be signed at the time of vaccination:**  
**للتوقيع وقت تلقي اللقاح:**



am / pm ص/م	Time الوقت	Date التاريخ	Patient Signature (or Authorized Representative) توقيع المريض (أو الممثل المفوض)
----------------	---------------	-----------------	---

Relationship to Patient  
علاقته بالمريض

Authorized Representative's Printed Name  
اسم الممثل المفوض بخط واضح

(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.)  
("الممثل المفوض" هو أحد والدي مريض عمره أقل من 18 عامًا أو الوصي عليه، أو الوصي القانوني على شخص بالغ يفتقر إلى أهلية اتخاذ القرارات أو وكيل الرعاية الصحية عن هذا الشخص. ويلزم الأوصياء والوكلاء تقديم نسخة من أمر محكمة الوصاية أو توجيه الرعاية الصحية.)

**To be filled out by health care staff (if an interpreter is used):**  
**يتم تعبئتها من قبل موظفي الرعاية الصحية في حالة الاستعانة بـ "مترجم فوري"**

am / pm ص/م	Time الوقت	Date التاريخ
----------------	---------------	-----------------

ID# (if accessed by phone or video)  
رقم الهوية (في حالة التواصل من خلال الهاتف أو الفيديو)

Language  
اللغة

Interpreter Name  
اسم المترجم الفوري