



Please print: Пишите печатными буквами:

Last, First Name: Ф.И.О.: _____

Home Address: Домашний адрес: _____

Date of Birth: Дата рождения: _____

COVID-19 Vaccine Screening and Consent

Скрининг и согласие на вакцинацию против коронавируса COVID-19

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:

Вакцины против коронавируса COVID-19 не одобрены официально FDA (Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов, США); они одобрены для применения в экстренных ситуациях. Вы получите вакцину против коронавируса COVID-19 производства:

Pfizer (see fact sheet)

Pfizer (см. информационный бюллетень: www.fda.gov/media/144624/download)

Moderna (see fact sheet)

Moderna (см. информационный бюллетень: www.fda.gov/media/144830/download)

Johnson & Johnson (Janssen) (see fact sheet)

Johnson & Johnson (Janssen) (см. информационный бюллетень: www.fda.gov/media/146539/download)

Health History

Анамнез

Yes No Unknown
Да Нет Не знаю

1. Have you ever had a COVID-19 vaccine?

Вы раньше уже получали вакцину против коронавируса COVID-19?

If you answered Yes: Which brand did you have? When?

В случае положительного ответа: вакцину какого производителя Вы получали? Когда?

Pfizer

Date of dose #1

Pfizer Дата получения 1-й дозы _____

Date of dose #2 (if applicable)

Дата получения 2-й дозы (если применимо) _____

Moderna

Date of dose #1

Moderna Дата получения 1-й дозы _____

Date of dose #2 (if applicable)

Дата получения 2-й дозы (если применимо) _____

Johnson & Johnson Date of dose #1

Johnson & Johnson Дата получения 1-й дозы _____

Date of dose #2 (if applicable)

Дата получения 2-й дозы (если применимо) _____

	<i>Yes</i> Да	<i>No</i> Нет	<i>Unknown</i> Не знаю
2. <i>Have you ever had a severe allergic reaction (anaphylaxis) after any type of injection (shot) or vaccine?</i> Была ли у Вас когда-либо тяжелая аллергическая реакция (анафилактический шок) после любой инъекции (укола) или вакцинации?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. <i>Have you ever been told you that you are allergic to polysorbate, polyethylene glycol (PEG) or any ingredients in the above fact sheet?</i> Вам когда-нибудь говорили, что у Вас аллергия на полисорбат, полиэтиленгликоль (ПЭГ) или какой-либо ингредиент, указанный в упомянутом выше информационном бюллетене?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. <i>Have you been told that you have COVID-19 in the past 14 days?</i> Говорили ли Вам, что у Вас коронавирус COVID-19 за последние 14 дней ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. <i>Have you been around anyone with COVID-19 in the past 14 days?</i> Были ли в Вашем окружении люди с COVID-19 за последние 14 дней ? <i>If you answered Yes: Have you completed your quarantine period (the length of time your care team said you should stay away from others)?</i> В случае положительного ответа: Соблюдали ли Вы карантинный период (период времени, в течение которого по указанию наблюдающих Вас медицинских специалистов Вам следует изолироваться от других)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. <i>Have you received antibodies or plasma to treat COVID-19 in the past 90 days?</i> Получали ли Вы антитела или плазму для лечения коронавируса COVID-19 за последние 90 дней ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. <i>Have you had Multisystem Inflammatory Syndrome in Children or Adults (MIS-C or MIS-A) due to Covid-19 in the past 90 days?</i> У Вас наблюдался детский или взрослый мультисистемный воспалительный синдром (MIS-C или MIS-A), связанный с COVID-19, за последние 90 дней ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. <i>Are you feeling sick today?</i> Чувствуете ли Вы себя плохо сегодня?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.

Если Вы беременны или кормите грудью, если Ваша иммунная система ослаблена из-за приема лекарств или проблем со здоровьем, ознакомьтесь с информацией на сайте www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/recommendations/specific-groups.html или проконсультируйтесь со своим медицинским специалистом.

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.*

Использование Вашей информации: Эта форма используется для подтверждения того, что Вы получили вакцину(-ы) от COVID-19. Эта информация хранится в Системе сведений о вакцинации в Миннесоте (Minnesota Immunization Information Connection, MIIC) и будет доступна лицам или учреждениям, имеющим законное право на ее получение (медицинские работники, школы, детские сады, департаменты здравоохранения). Чтобы получить подробную информацию, см. www.health.state.mn.us/people/immunize/miic/public.html или позвоните 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.*

Оплата: в соответствии с федеральным чрезвычайным положением вакцина предоставляется бесплатно, но Вашей страховой компании будет выставлен счет за сделанную Вам инъекцию (укол). Пожалуйста, предоставьте информацию о Вашей страховке во время Вашего визита.

- *If you don't have your insurance information with you, please call Fairview Clinics 1-888-702-4073 or HealthEast Clinics 651-232-1100.*
- Если у Вас нет информации о страховке *при себе*, позвоните Fairview Clinics 1-888-702-4073 или HealthEast Clinics 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.*
- Если у Вас нет страховки, мы можем помочь Вам. Мы можем попросить Вас указать штат проживания и номер социального страхования **или** удостоверение личности или водительские права, выданные штатом.

Reported side effects of COVID-19 vaccines

Зарегистрированные побочные эффекты вакцин против COVID-19

Clinical trials have reported these side effects in some people:

Эти побочные эффекты были зарегистрированы у некоторых людей в ходе клинических исследований:

- *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.*
- Реакция в месте укола (боль, покраснение или отечность); чувство сильной усталости; головная боль; мышечные боли и боль в суставах; озноб или высокая температура; тошнота; опухшие железы; плохое общее самочувствие. Возможно, это не все побочные эффекты. О других реакциях, возможно, тяжелых может стать известно после более широкого применения вакцин.
- *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.*
- Серьезные аллергические реакции (затрудненное дыхание, отек лица и горла, учащенное сердцебиение, сильная сыпь по всему телу, головокружение и слабость). По этой причине мы будем наблюдать за проявлением у Вас этих симптомов какое-то время после прививки.

- *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.*
- Поступали сообщения об образовании серьезных тромбов после получения вакцины Johnson & Johnson (Janssen) . Эти крайне редкие случаи наблюдались у нескольких человек из каждого миллиона получивших эту вакцину. После тщательного изучения безопасности FDA и CDC пришли к выводу, что преимущества этой вакцины намного перевешивают риски.

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.

Сообщите Вашим медицинским специалистам, если у Вас есть побочные эффекты, которые Вас беспокоят или не проходят. Если после вакцинации у Вас возникла серьезная реакция любого рода, позвоните в службу 9-1-1 или обратитесь в ближайшее отделение неотложной помощи.

Consent to be vaccinated
Согласие на вакцинацию

- *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.*
- Я понимаю, что я получу вакцину, отмеченную на странице 1. Применение вакцины сопряжено с рисками и преимуществами. Я прочитал(-а) информационный бюллетень данной вакцины, или меня ознакомили с ним. Я задал(-а) медицинским специалистам все вопросы, которые у меня были.
- *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).*
- Я понимаю, что я прошу провести вакцинацию от COVID-19 мне (или лицу, указанному ниже, от имени которого я уполномочен(а) сделать этот запрос).
- *I agree that Fairview Health Services may bill my health plan or other payers on my behalf and may receive payment of allowed benefits.*
- Я разрешаю Fairview Health Services выставлять счета моей страховой компании в рамках моей программы медицинского страхования или другим плательщикам от моего имени, а также получать разрешенные выплаты.

To be signed at the time of vaccination:
Для подписи во время вакцинации:



_____	_____	_____	_____
<i>Patient Signature (or Authorized Representative)</i>	<i>Date</i>	<i>Time</i>	<i>am / pm</i>
Подпись пациента (или Уполномоченного представителя)	Дата	Время	утра / дня (вечера)

_____	_____
<i>Authorized Representative's Printed Name</i>	<i>Relationship to Patient</i>
Имя уполномоченного представителя печатными буквами	Родство с пациентом

(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.)

(«Уполномоченный представитель» — это родитель или законный опекун пациента младше 18 лет либо законный опекун или медицинский поверенный недееспособного взрослого. Опекунам и поверенным нужна копия постановления суда об опеке или доверенность на принятие медицинских решений.)

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

Для заполнения медицинским персоналом (при использовании услуг устного переводчика):

_____	_____	_____
<i>Date</i>	<i>Time</i>	<i>am / pm</i>
Дата	Время	утра / дня (вечера)

_____	_____	_____
<i>Interpreter Name</i>	<i>Language</i>	<i>ID# (if accessed by phone or video)</i>
Ф. И. О. переводчика	Язык	Идентификационный номер (если перевод предоставлен по телефону или видео)