



Please print: **Vui lòng viết in hoa:**

Last, First Name:

Họ, tên: _____

Home Address:

Địa chỉ nhà: _____

Date of Birth:

Ngày sinh: _____

COVID-19 Vaccine Screening and Consent

Mẫu sàng lọc và chấp thuận tiêm vắc xin phòng ngừa 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:

Vắc xin phòng ngừa COVID-19 chưa được FDA chính thức chấp thuận; các vắc xin này được phê duyệt cho sử dụng khẩn cấp. Bạn sẽ tiêm vắc xin phòng ngừa COVID-19 nhãn hiệu sau:

Pfizer (see fact sheet)

Pfizer (xem tờ thông tin: www.fda.gov/media/144626/download)

Moderna (see fact sheet)

Moderna (xem tờ thông tin: www.fda.gov/media/144714/download)

Johnson & Johnson (Janssen) (see fact sheet)

Johnson & Johnson (Janssen) (xem tờ thông tin: www.fda.gov/media/146742/download)

Health History

Bệnh sử

Yes No Unknown
Có Không Không rõ

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

Bạn đã từng tiêm vắc xin phòng ngừa COVID-19 chưa?

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

Nếu bạn trả lời Có: Bạn đã tiêm nhãn hiệu nào? Khi nào?

Pfizer

Date of dose #1

Date of dose #2 (if applicable)

Pfizer

Ngày tiêm liều số 1 _____

Ngày tiêm liều số 2 (nếu có) _____

Moderna

Date of dose #1

Date of dose #2 (if applicable)

Moderna

Ngày tiêm liều số 1 _____

Ngày tiêm liều số 2 (nếu có) _____

Johnson & Johnson

Date of dose #1

Date of dose #2 (if applicable)

Johnson & Johnson

Ngày tiêm liều số 1 _____

Ngày tiêm liều số 2 (nếu có) _____

Yes No Unknown
Có Không Không rõ

2. Have you ever had a severe allergic reaction (anaphylaxis) after any type of injection (shot) or vaccine?

Bạn có từng bị phản ứng dị ứng nghiêm trọng (phản vệ) sau khi tiêm bất kỳ mũi tiêm thuốc hoặc vắc xin nào không?

3. Have you ever been told you that you are allergic to polysorbate, polyethylene glycol (PEG) or any ingredients in the above fact sheet?

Bạn có từng được báo là bạn bị dị ứng với polysorbate, polyethylene glycol (PEG) hay bất kỳ thành phần nào trong tờ thông tin ở trên không?

4. *Have you been told that you have COVID-19 in the **past 14 days**?*
 Bạn có được thông báo rằng bạn mắc COVID-19 **trong 14 ngày qua** không?
5. *Have you been around anyone with COVID-19 in the **past 14 days**?*
 Bạn có ở gần ai bị mắc COVID-19 **trong 14 ngày qua** không?
- If you answered Yes: Have you completed your quarantine period (the length of time your care team said you should stay away from others)?*
Nếu bạn trả lời Có: Bạn có hoàn tất thời gian cách ly (khoảng thời gian mà đội ngũ chăm sóc y tế của bạn khuyên bạn nên tránh xa những người khác)?
6. *Have you received antibodies or plasma to treat COVID-19 in the **past 90 days**?*
 Bạn đã được truyền kháng thể hoặc huyết tương để điều trị COVID-19 trong **90 ngày qua** không?
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**?*
 Bạn đã từng mắc Hội chứng Viêm Đa Hệ thống ở Trẻ em hay Người lớn chưa (MIS-C or MIS-A) vì Covid-19 trong **90 ngày qua**?
8. *Are you feeling sick today?*
 Hôm nay bạn có bị bệnh không?

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.

Nếu bạn đang mang thai, cho con bú (nuôi con bằng sữa mẹ) hoặc có hệ miễn dịch yếu do dùng thuốc hoặc bệnh trạng, vui lòng xem trang web này, <https://vietnamese.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/recommendations/specific-groups.html>, hoặc trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của bạn.

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.*

Sử dụng thông tin của bạn: Biểu mẫu này được dùng để ghi lại thông tin rằng bạn đã tiêm (các) vắc xin phòng ngừa COVID-19. Thông tin này sẽ do Minnesota Immunization Information Center (MIIC) lưu trữ và sẽ được cung cấp cho những người được phép nhận một cách hợp pháp (nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, trường học, trung tâm chăm sóc trẻ em, cơ quan y tế). Để biết thêm thông tin, xem trang www.health.state.mn.us/people/immunize/miic/public.html hoặc gọi 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.*

Thanh toán: Trong trường hợp khẩn cấp liên bang, vắc xin sẽ được cung cấp miễn phí, tuy nhiên công ty bảo hiểm của bạn sẽ được lập hóa đơn khi bạn tiêm vắc xin. Vui lòng cung cấp thông tin bảo hiểm của bạn khi bạn đi khám.

- *If you don't have your insurance information with you, please call Fairview Clinics 1-888-702-4073 or HealthEast Clinics 651-232-1100.*
- Nếu bạn không có thông tin bảo hiểm theo người, vui lòng gọi Fairview Clinics theo số 1-888-702-4073 hoặc HealthEast Clinics theo số 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.*
- Nếu bạn không có bảo hiểm, chúng tôi có quy trình hỗ trợ bạn. Chúng tôi có thể yêu cầu bạn cung cấp thông tin về tiểu bang cư trú và số an sinh xã hội hay giấy tờ tùy thân hoặc bằng lái xe do tiểu bang cấp.

Reported side effects of COVID-19 vaccines

Các tác dụng phụ được báo cáo của vắc xin COVID-19

Clinical trials have reported these side effects in some people:

Các thử nghiệm lâm sàng đã báo cáo những tác dụng phụ sau ở một số người:

- *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.*
- Phản ứng tại vị trí tiêm (đau, tấy đỏ hoặc sưng tại vị trí tiêm); cảm thấy rất mệt mỏi; đau đầu; đau khớp hoặc cơ; ớn lạnh hoặc sốt; cảm thấy khó chịu ở bụng; sưng hạch; cảm giác không khỏe nói chung. Những tác dụng phụ trên có thể không phải là toàn bộ tác dụng phụ có thể có của vắc xin. Các phản ứng khác, có thể nghiêm trọng, có thể được xác định sau khi vắc xin được sử dụng rộng rãi hơn.
- *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.*
- Phản ứng dị ứng nghiêm trọng (khó thở, sưng mặt và cổ họng, tim đập nhanh, phát ban nặng trên cơ thể, chóng mặt và yếu ớt). Chúng tôi sẽ theo dõi xem bạn có gặp những triệu chứng này trong một thời gian ngắn sau khi tiêm vắc xin hay không.
- *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.*
- Đã có các báo cáo về tình trạng máu đông cục sau khi được tiêm vắc xin Johnson & Johnson (Janssen). Đây là tình trạng cực kỳ hiếm gặp; chỉ xuất hiện ở một vài người trong 1 triệu người sử dụng vắc xin này. Sau khi đánh giá cẩn thận, FDA và CDC đồng ý rằng lợi ích của vắc xin này vượt xa so với rủi ro.

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.

Hãy cho đội ngũ chăm sóc y tế của bạn biết nếu bạn gặp bất kỳ tác dụng phụ nào gây khó chịu hoặc không hết. Nếu bạn gặp phản ứng nghiêm trọng dưới bất kỳ hình thức nào sau khi tiêm vắc xin, hãy gọi số 9-1-1 hoặc đến Phòng cấp cứu gần nhất.

Consent to be vaccinated

Chấp thuận được tiêm vắc xin

- *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.*
- Tôi hiểu rằng tôi sẽ được tiêm vắc-xin đã được đánh dấu ở trang 1. Có những rủi ro và lợi ích khi tiêm vắc xin này. Tôi đã đọc hoặc đã được đọc cho nghe tờ thông tin về vắc xin này. Tôi đã hỏi đội ngũ chăm sóc y tế của mình bất kỳ thắc mắc nào mà tôi có.
- *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).*
- Tôi hiểu rằng tôi đang yêu cầu tiêm vắc xin COVID-19 cho tôi (hoặc cho người có tên dưới đây, người mà tôi được ủy quyền thay mặt đưa ra yêu cầu này).
- *I agree that Fairview Health Services may bill my health plan or other payers on my behalf and may receive payment of allowed benefits.*
- Tôi đồng ý rằng Fairview Health Services có thể thay mặt tôi lập hóa đơn cho chương trình bảo hiểm y tế của tôi hoặc những bên thanh toán khác và nhận khoản thanh toán của các quyền lợi được phép.

To be signed at the time of vaccination:

Phần ký tên vào thời điểm chủng ngừa:



Patient Signature (or Authorized Representative)
Chữ ký của bệnh nhân (hoặc Đại diện được ủy quyền)

Date
Ngày

Time
Thời gian

am / pm

sáng / chiều

Authorized Representative's Printed Name
Tên viết in hoa của đại diện được ủy quyền

Relationship to Patient
Mối quan hệ với bệnh nhân

(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.)

("Đại diện được ủy quyền" là cha hoặc mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của bệnh nhân dưới 18 tuổi, hoặc người giám hộ hợp pháp hoặc đại diện chăm sóc sức khỏe của người lớn không có năng lực quyết định. Người giám hộ và đại diện cần có bản sao lệnh giám hộ của tòa án hoặc chỉ thị chăm sóc sức khỏe.)

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

Phần dành cho nhân viên chăm sóc sức khỏe điền (nếu sử dụng phiên dịch viên):

Date
Ngày

Time
Giờ

am / pm
sáng / chiều

Interpreter Name
Tên phiên dịch viên

Language
Ngôn ngữ

ID# (if accessed by phone or video)
Số ID (nếu được tiếp cận qua điện thoại hoặc video)