



新冠 COVID-19 疫苗接種同意書

聖塔克拉拉縣 (County of Santa Clara) 對符合加州疫苗接種標準的個人提供新冠 COVID-19 疫苗接種，無論是否具有保險或支付能力。接種疫苗無需付費，也無需保險。但是，如果您具有健康保險，可給付該服務，則您的保險公司可能會收到帳單。

同意

本人已經被提供並已閱讀或已被解釋過本人將要接種的新冠 COVID-19 疫苗緊急使用授權情況說明書 (或者如果是法定代理人，該被代理者已收到)，並且本人有機會可以提出問題，本人的這些問題也已得到了滿意答覆。本人瞭解接種 COVID-19 疫苗的風險和益處，並要求將疫苗接種給本人，給本人所代理的人。本人了解本人的疫苗接種紀錄將輸入當地加州免疫接種登記處 (CAIR)，該紀錄將允許本人的醫療保健提供者進行照護協調。

保險/醫療福利轉讓

本人不可撤銷地將與任何保險計劃，健康福利計劃或其他護理付款方式有關的所有權利，福利和任何其他利益轉讓給本縣。此項轉讓包括轉讓和授權，直接向縣府支付該門診應支付的所有保險和醫療計劃福利，費率不得超過費用說明主表中列出的收費。本人同意，保險公司或計劃係根據此授權對縣府應支付款項應在其付款範圍內履行其義務。本人同意與縣府合作並採取其合理要求的所有步驟，以完善，確認或支持該轉讓。

隱私權慣例通知

本人特此承認收到了聖塔克拉拉縣衛生系統的**隱私權慣例通知 (NPP)**。該 NPP 為您提供有關本縣如何使用和公開透露您的醫療或您原已受保護的身體健康個人資料。本縣的 NPP 內容可能會隨時變更。如有變更，本縣會發布修訂版在縣府機構與此網站上：<https://www.scvmc.org/patients-and-visitors/services/Documents/Notice%20of%20Privacy%20Practices%20-%20English%20Mar%20202019%20final.pdf>

輝瑞 Pfizer 和莫德納 Moderna 第二劑施打事實承認

本人同意，如果本人接種第一劑輝瑞 Pfizer 或莫德納 Moderna 疫苗，本人則需要安排第二劑疫苗接種。如果本人尚未施打第二劑，本人則同意收取電子郵件或手機簡訊，提醒本人 COVID-19 疫苗預約。本人了解此類訊息將以未保密方式發送。

本人證明本人是患者，患者的法定代理人或患者授權人，代表患者簽署上述文件並接受上述條款。

簽名 (患者或法定代理人): _____

患者名字: _____ 日期: _____

患者/法定代理人名字正楷 (如有適用): _____

如非患者，請指出您與患者的關係 _____

莫德納 Moderna
實情說明書

(如有要求，可提供紙張印刷本)



輝瑞 Pfizer
實情說明書

(如有要求，可提供紙張印刷本)



輝瑞 Pfizer 5-11
實情說明書

(如有要求，可提供紙張印刷本)



強生 Johnson & Johnson
實情說明書

(如有要求，可提供紙張印刷本)

