



ƯNG THUẬN CHÍCH NGỪA COVID-19

Hạt Santa Clara đang tiến hành chích ngừa cho những người hội đủ điều kiện theo các tiêu chuẩn chích ngừa của Tiểu Bang California. Quý vị sẽ được chích ngừa miễn phí, và không cần phải có bảo hiểm y tế. Tuy nhiên, nếu quý vị có bảo hiểm tài trợ chích ngừa thì bảo hiểm của quý vị sẽ nhận được hóa đơn y phí chích ngừa.

ƯNG THUẬN

Tôi đã được cung cấp và đã đọc, hoặc đã được giải thích Tài Liệu Thông Tin của thuốc chích ngừa COVID-19 mà tôi được chích (hoặc, nếu tôi là người đại diện hợp pháp, thì người mà tôi làm đại diện, được chích). Tôi đã có cơ hội được giải đáp các câu hỏi một cách thỏa đáng. Tôi hiểu các rủi ro và công dụng của thuốc chích ngừa và tôi yêu cầu chích ngừa cho tôi, hoặc cho người mà tôi là người đại diện hợp pháp. Tôi hiểu các dữ kiện chích ngừa sẽ được lưu trữ tại Phòng Hồ Sơ Chung Ngừa California (CAIR) địa phương, để giúp các bác sĩ của tôi trong việc phối hợp điều trị.

CHỈ ĐỊNH QUYỀN LỢI BẢO HIỂM/Y KHOA

Tôi chỉ định, không thu hồi, và chuyển giao cho quận hạt tất cả quyền, quyền lợi và bất cứ sự tài trợ nào liên quan đến bảo hiểm, chương trình tài trợ y tế, hoặc nguồn chi trả nào khác cho việc chăm sóc sức khỏe của tôi. Sự chỉ định này bao gồm chỉ định và ủy quyền trả tiền trực tiếp cho Quận Hạt tất cả quyền lợi về bảo hiểm và chương trình y tế tài trợ dịch vụ ngoại chẩn này, theo giá tiền không vượt quá định giá liệt kê trong bảng định giá chính thức. Tôi đồng ý rằng sự trả tiền cho quận hạt của công ty bảo hiểm hoặc chương trình y tế theo sự ủy quyền này sẽ giải tỏa trách nhiệm của bảo hiểm trong phạm vi tài trợ này. Tôi đồng ý hợp tác, và thực hiện các bước hợp lý theo yêu cầu của Quận Hạt để hoàn chỉnh, xác định, và làm cho sự chỉ định này có hiệu lực.

THÔNG CÁO BẢO VỆ ĐỜI TU

Tôi, nơi đây, xác nhận tôi có nhận bản **Thông Cáo Bảo Vệ Đời Tu (NPP)** của Hệ Thống Y Tế Hạt Santa Clara (CSCHS). Bản Thông Cáo (NPP) giải thích về cách thức chúng tôi được quyền xử dụng và tiết lộ thông tin bảo mật về sức khỏe (PHI). Bản Thông Cáo có thể được sửa đổi. Nếu sửa đổi bản thông cáo, chúng tôi sẽ niêm yết bản thông cáo mới tại tất cả các cơ sở và trên trang mạng của chúng tôi, tại đây: <https://www.scvmc.org/patients-and-visitors/services/Documents/VT-2500-2%20Notice%20of%20Privacy%20PracticesSCC%20-%20Vietnamese-%2022-2019.pdf>

XÁC NHẬN CHÍCH LIỀU THỨ HAI ĐỐI VỚI THUỐC CHÍCH NGỪA CỦA PFIZER VÀ MODERNA

Tôi đồng ý, nếu tôi chích thuốc ngừa thứ nhất của Pfizer hoặc Moderna thì tôi sẽ làm hẹn để chích liều thuốc ngừa thứ hai. Tôi ưng thuận nhận email hoặc tin nhắn qua text để nhắc cuộc hẹn chích ngừa COVID-19, nếu tôi chưa chích liều thuốc ngừa thứ hai. Tôi hiểu rằng các tin nhắn này sẽ không được bảo mật khi gửi cho tôi.

Tôi chứng nhận rằng tôi là bệnh nhân, là đại diện hợp pháp của bệnh nhân, hoặc là người được bệnh nhân ủy quyền để nhân danh bệnh nhân ký tên và chấp nhận các điều khoản trên đây.

Ký Tên/Signature (*bệnh nhân hoặc đại diện hợp pháp-Pt or Pt's Rep*): _____

Tên của Bệnh Nhân/Pt's Name: _____ Ngày/Date: _____

Tên của Cha/Mẹ/Giám Hộ (nếu phù hợp)/Parent/Guardian's Name: _____

Nếu không phải bệnh nhân, ghi mối quan hệ với bệnh nhân/*relationship to patient* _____

Tài Liệu Thông Tin Moderna
(Sẽ cấp văn bản, nếu yêu cầu)

Tài Liệu Thông Tin Pfizer
(Sẽ cấp văn bản, nếu yêu cầu)

Tài Liệu Thông Tin Pfizer 5-11
(Sẽ cấp văn bản, nếu yêu cầu)

Tài Liệu Thông Tin
Johnson and Johnson
(Sẽ cấp văn bản, nếu quý vị yêu cầu)

