

MCHD COVID 疫苗接种登记及预筛查表格

说明： 这些信息将被记录到州免疫跟踪系统 Alert IIS 中。请用正楷清晰书写。签署本文件即表示您已阅读或已向您解释了本表格中有关 COVID-19 疫苗的信息。您有机会提出问题，并得到了满意的答复。您认为自己已了解 COVID-19 疫苗的益处和风险，并要求为您接种疫苗。

姓氏		名字		中间名/姓名首字母		年龄	
出生日期 (年/月/日)			电子邮箱			电话	
街道地址				城市， 州，邮编			

性别：

- 女性
 男性
 AFAB, 跨性别男性, 变性男性
 AMAB, 跨性别女性, 变性女性
 非二元性别, 性别酷儿, 性别扩展
 其他: _____
 不愿披露

筛选问卷：如果对以下任何情况的回答“是”，则可能会询问您其他问题	是	否
1. 您今天有感觉不适吗？		
2. 您是否对任何东西产生了立即严重过敏反应（例如，过敏性反应）？例如，您接受肾上腺素（EpiPen）治疗或者必须去医院接受治疗的反应？或者，您是否有 EpiPen® 的处方？		
3. 接受任何疫苗或其他注射后，您是否曾有过任何立即过敏反应？（例如，嘴痒、荨麻疹、舌头肿胀）		
4. 您接种了几剂 COVID-19 新冠疫苗？		
疫苗品牌和日期：		
5. 接种 COVID-19 新冠疫苗后，您是否出现对聚山梨酸酯或聚乙二醇(PEG)的过敏反应？		
6. 您是否曾被诊断为多系统炎症综合征（MIS-C 或 MIS-A）？		
7. 如果这不是您第一次接种 Pfizer 或 Moderna 疫苗，您在接种第一剂疫苗后心脏是否有任何问题？您之前是否患过心肌炎（心脏炎症）？		
8. 您是否患有出血性疾病或正在服用血液稀释剂？		
9. 您是否有中度至重度免疫功能低下情况？		

*您是否收到有关今天接种的 COVID-19 新冠疫苗的书面信息？ 是 否

签名: _____

日期: _____

Staff use:

1

2

3 (immunocompromised)

B

Reg Initials _____

姓 _____ 名 _____ 中间名 _____

这些问题是可选的，您答案将保密。我们想了解您的种族和民族，以便发现并解决健康和服务差异方面的问题。

种族和民族

1. 您的种族、民族、部落归属、原籍国或祖籍身份是什么？

2. 下列哪项描述了您的种族或民族身份？请勾选全部适用项。

西班牙裔和拉丁裔

- 中美洲
- 墨西哥
- 南美洲
- 其他西班牙裔或拉丁裔

夏威夷原住民或太平洋岛民

- 查莫罗人
- 马绍尔人
- 密克罗尼西亚地区的社区
- 夏威夷原住民
- 萨摩亚人
- 其他太平洋岛民

白种人

- 东欧人
- 斯拉夫人
- 西欧人
- 其他白种人

美洲印第安人和阿拉斯加原住民

- 美洲印第安人
- 阿拉斯加原住民
- 加拿大因纽特人、梅蒂斯人或原住民
- 土著墨西哥人、中美洲人或南美洲人

黑人/非裔美国人

- 非裔美国人
- 加勒比黑种人
- 埃塞俄比亚人
- 索马里人
- 其他非裔（黑种人）
- 其他黑种人

中东人/北非人

- 中东人
- 北非人

亚洲人

- 亚洲印度人
- 柬埔寨人
- 中国人
- 缅甸社区
- 菲律宾人
- 赫蒙人
- 日本人
- 韩国人
- 老挝人
- 南亚人
- 越南人
- 其他亚洲人

其他类别

- 其他（请列出） _____
- 不知道
- 不想回答

3. 如果您在上面勾选了一个以上的类别，是否有一个您认为是自己的主要种族或民族身份？

- 是。请在上面圈出您的主要种族或民族身份。
- 我并不只有一个主要的种族或民族。
- 否，我认为自己是双种族或多种在身份。
- 不适用。我在上面只选择了一个类别。
- 不知道
- 不想回答

Reg Initials _____