

MCHD COVID 青少年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，并要求为您的孩子接种疫苗。

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

孩子的性别：

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. 您的孩子今天感到不适吗?		
2. 您是否对任何东西有过立即严重过敏反应(过敏性反应)? 例如, 他们接受肾上腺素(EpiPen)治疗或者必须去医院接受治疗的反应? 或者, 他们是否有 EpiPen®的处方?		
3. 接受任何疫苗或其他注射后, 您的孩子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. 您的孩子接种了几剂 COVID-19 新冠疫苗?		
疫苗品牌和日期:		
4. 接种 COVID-19 新冠疫苗后, 您的孩子是否出现过过敏反应, 或者是对聚山梨酸酯或聚乙二醇(PEG)的过敏反应?		
5. 您的孩子是否曾被诊断为多系统炎症综合征(MIS-C)?		
6. 如果这是您的孩子接种的第二剂辉瑞疫苗, 他们在接种第一剂疫苗后他们的的心脏是否出现过任何不适? 您的孩子之前是否患过心肌炎(心脏炎症)?		
7. 您的孩子是否患有出血性疾病或他们正在服用血液稀释剂?		
8. 您的孩子是否有中度至重度免疫功能低下情况且年龄在 5 岁或以上?		

*您是否收到有关今天接种的 COVID-19 新冠疫苗的必要书面信息? ___ 是 ___ 否

家长或监护人签名: _____ 日期: _____

正楷书写家长或监护人姓: _____ 名 _____ 中间名 _____

请注意： 在整个疫苗接种过程中, 需要有一个尽责的成年人陪伴 15 岁以下的青少年。如果您请另外一位成年人陪伴您的孩子前来疫苗诊所, 我们还有一份[单独的同意书](#)需要您签署, (如果您没有这份同意书, 也可以通过电话完成)。

Staff use: 1 2 3 (immunocompromised) B (12+ yrs)

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. 您的孩子的种族、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孩子的种族或民族身份？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

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

Reg Initials _____