



## فورم رضایت واکسیناسیون نوجوانان

(دیپتری، کزاز و سیاه سرفه / کزاز-دیپتری)، HPV (ویروس پاپیلوما ی انسانی)،  
Tdap/Td (دیپتری، کزاز و سیاه سرفه / کزاز-دیپتری)،  
Meningococcal ACWY (مننگوکوکی ACWY)

نام:

تخلص \_\_\_\_\_ نام \_\_\_\_\_ وسط \_\_\_\_\_

تنها برای استفاده دبیرتمنت  
صحت

تاریخ تولد: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ سن: \_\_\_\_\_ جنسیت:  مرد  زن

شماره شناسه VAMS:

در صورت صغیر بودن - نام والدین/سرپرست: \_\_\_\_\_ تخلص \_\_\_\_\_ نام \_\_\_\_\_ وسط \_\_\_\_\_

آدرس: \_\_\_\_\_ شهر: \_\_\_\_\_ کد پستی: \_\_\_\_\_

صنف: \_\_\_\_\_ مکتب: \_\_\_\_\_

مهم تلفون شماره والدین/سرپرست خانه: \_\_\_\_\_ تلفون همراه: \_\_\_\_\_ کار: \_\_\_\_\_

تماس اضطراری: \_\_\_\_\_ شماره تماس اضطراری: \_\_\_\_\_

(اگر غیر از سرپرست خانواده باشد)

تلف من در روز کلینیک واکسیناسیون برنامه ریزی شده 11 ساله یا بزرگتر خواهد بود:  بلی  نخیر

لطفاً برای همه سوال‌های زیر بلی یا نخیر را علامت بزنید تا مشخص شود که آیا طفل شما می‌تواند واکسین‌های پیشنهادی را در مکتب دریافت کند یا خیر. نرس که واکسین را انجام می‌دهد، این معلومات را در روز کلینیک واکسین بررسی می‌کند.

بلی  نخیر  مطمئن نیستم

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا طفل شما تا به حال واکنش آلرژیک جدی به هر دوا، غذا، جزء واکسین، latex یا yeast داشته است؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا طفل شما در گذشته نسبت به دوز قبلی Tdap/Td، HPV یا واکسین meningococcal واکنش جدی نشان داده است؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا طفل شما طی 7 (هفت) روز پس از دوز DTP، DTaP یا Tdap/Td، کوما، کاهش سطح هوشیاری یا تشنج طولانی یا چندگانه را تجربه کرد؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا طفل شما سابقه تشنج یا مشکل دیگری در سیستم عصبی دارد؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا طفل شما پس از دوز قبلی DTP، DTaP، Tdap، DT (دیپتری-کزاز) یا TD (کزاز و دیپتری)، تورم یا بثورات موضعی شدید را تجربه کرد؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا طفل شما تا به حال به سندرم گیلن باره (GBS) مبتلا بوده است؟ اگر بلی، در مورد دریافت واکسین Tdap با داکتر خود مشورت کنید. (برای ادامه در محیط مکتب ممکن است یک یادداشت لازم باشد.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا طفل شما در سال گذشته گلوبولین ایمنی (گاما)، خون/فراورده های خونی یا دواهای ضد ویروسی دریافت کرده است؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا طفل شما مشکل سیستم محافظتی مانند سرطان، لوسمی، HIV/AIDS (ویروس نقص ایمنی انسانی/ سندرم نقص ایمنی اکتسابی) دارد؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	در 6 ماه گذشته، آیا طفل شما دواهای مصرف کرده است که بر سیستم محافظت تأثیر می‌گذارد مانند پردنیزون، یا استروئیدهای دیگر یا دواهای ضد سرطان. داروها برای درمان آرتريت روماتوئید، مرض کرون، یا پسوریازیس، یا پرتودرمانی داشت؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا فرزند شما در 4 هفته گذشته واکسین دریافت کرده است؟ اگر بلی، چه چیزی دریافت کردند؟ _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا طفل/نوجوان شما باردار است؟ اگر بلی، طفل/نوجوان شما واکسین HPV را دریافت نمی‌کند اما می‌تواند واکسین‌های دیگر را دریافت کند.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا تا به حال طفل شما قبل، در حین یا بعد از تزریق احساس گنگسیت یا ضعف کرده است؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا طفل شما در مورد گرفتن واکسین مضطرب است؟



## معلومات بیمه

**توجه:** اگر طفل شما واجد شرایط برنامه واکسین برای اطفال باشد، واکسین‌ها بدون مصرف برای شما ارائه می‌شود.

\* بیمه\*: لطفاً به موارد زیر جواب بدهید: این معلومات برای اهداف بودجه فدرال برای واکسین‌های VFC ( برنامه واکسین برای اطفال ) مورد نیاز است.

طفل من: ( ) نه بیمه شده (به شمول بیمه خصوصی، Medicaid، Medicaid MCO یا FAMIS نیست)

( ) هندی آمریکایی یا بومی آلاسکا است

( ) دارای Medicaid MCO با (طرح خود را حلقه بزنید): Anthem HealthKeepers Plus، Sentara Community Care،

Aetna Better Health یا United Healthcare Community Plan، Molina Healthcare

شماره شناسه عضو همانطور که در کارت شما نشان داده شده است: آیا این یک طرح FAMIS است؟  بلی  نخیر

( ) دارای (یک را دایره کنید) Medicaid یا FAMIS که یک طرح MCO نیست: # Medicaid \_\_\_\_\_

( ) بیمه دیگری دارد که در بالا ذکر نشده است.

من به اداره ریاست ولسوالی فیرفاکس (Fairfax County Health Department (FCHD)) اجازه می‌دهم که سوابق لازم برای پشتیبانی از درخواست پرداخت توسط Medicaid/Medicare و فواید مراقبت‌های صحتی دیگر را منتشر کند. من از پرداخت کننده شخص ثالث درخواست می‌کنم که هر گونه فواید مجاز را از طرف من به FCHD بپردازد.

تاریخ امضا

امضای مشتری، والدین/سرپرست قانونی، یا شخصی که در Loco Parentis فعالیت می‌کند

اجازه اشتراک‌گذاری سوابق محفوظ سازی شاگرد در سن مکتب من به ریاست ولسوالی فیرفاکس اجازه می‌دهم که معلومات سوابق محفوظ سازی طفل من را در سیستم‌های مکتب به منظور برآورده کردن ضروریات ورودی مکتب منتشر کند.

تاریخ امضا

امضای مشتری، والدین/سرپرست قانونی، یا شخصی که در Loco Parentis فعالیت می‌کند

## اطلاعیه در مورد رضایت تلقی شده برای معاینه HIV، هیپاتیت B یا C

FCHD طبق § 32.1 - 45.1 کود (1950) Virginia، با اصلاحات، ملزم است که اخطار زیر را به شما بدهد:

1. اگر هر متخصص، کارگر یا کارمند FCHD مستقیماً در معرض خون یا مایعات بدن شما قرار گیرد به نحوی که ممکن است مریض را منتقل کند، خون شما برای عفونت با ویروس نقص سیستم محافظت بشری (HIV) و همچنین برای رزدی سیاه و سفید معاینه می‌شود. یک داکتر یا ارائه دهندگان مراقبت‌های صحتی دیگر نتیجه معاینه را به شما خواهد گفت. تحت Va. § 32.1 - 45.1، تلقی می‌شود که با انتشار نتایج معاینه برای فردی که در معرض قرار گرفته است موافقت کرده‌اید.
2. اگر شما باید مستقیماً در معرض خون یا مایعات بدن یک متخصص مراقبت‌های صحتی، کارگر یا کارمند FCHD قرار بگیرید، به گونه‌ای که ممکن است مریض را منتقل کند، خون آن شخص برای عفونت با ویروس نقص محافظت بشری (ویروس «ایدز») و همچنین برای هیپاتیت B و C معاینه می‌شود. یک داکتر یا دیگر متخصص مراقبت‌های صحتی نتیجه معاینه را به شما خواهد گفت.



## رضایت برای واکسیناسیون HPV، TDAP/Td و MENINGOCOCCAL ACWY

### رضایت برای واکسیناسیون Tdap/Td طفل:

- بلی، من بیانیه معلومات واکسیناسیون 2021 (VIS) برای واکسین Tdap/Td را خوانده‌ام، خطرات و فواید آن را درک می‌کنم و با ریاست صحت و آن موافقت می‌کنم. کارمندان مجاز برای طفل من که در بالای این فورم برای دریافت واکسین Tdap/Td (شات) نامگذاری شده است.
- نخیر، در حال حاضر من تصمیم گرفته‌ام که با علامت زدن این بکس، واکسین(های) توصیه شده برای طفل من را، همانطور که در بالا ذکر شد، رد یا به تعویق اندازم.

تاریخ امضا

امضای مشتری، والدین/سرپرست قانونی، یا شخصی که در Loco Parentis فعالیت می‌کند

### رضایت برای واکسیناسیون (Meningococcal) MenACWY:

- بلی، من بیانیه معلومات واکسیناسیون 2021 (VIS) برای واکسین (Meningococcal) MenACWY را خوانده‌ام، خطرات و فواید آن را درک می‌کنم و با وزارت صحت و درمان موافقت می‌کنم. کارمندان مجاز آن برای طفل من که در بالای این فورم نامگذاری شده است تا واکسین Meningococcal ACWY (شات) را دریافت کند.

لطفاً توجه داشته باشید: طفل شما یک دوز قبل از ورود به صنف هفتم و یک دوز قبل از ورود به صنف دوازدهم دریافت می‌کند.

- نخیر، من در حال حاضر تصمیم گرفته‌ام واکسین MenACWY توصیه شده برای طفل خود را رد یا به تعویق اندازم، همانطور که در بالا نشان داده شد، با علامت زدن این بکس.

تاریخ امضا

امضای مشتری، والدین/سرپرست قانونی، یا شخصی که در Loco Parentis فعالیت می‌کند

### رضایت برای واکسیناسیون HPV طفل:

- بلی، من بیانیه معلومات واکسیناسیون 2021 (VIS) برای واکسین HPV را خوانده‌ام. من خطرات و فواید را درک می‌کنم و به وزارت صحت و کارمندان مجاز آن رضایت می‌دهم که طفل من که در بالای این فورم نامگذاری شده است، واکسین HPV (دوز) را دریافت کند.
- لطفاً توجه داشته باشید: طفل شما ممکن است بسته به سن به 2 یا 3 دوز نیاز داشته باشد.

- نخیر، من در حال حاضر تصمیم گرفته‌ام واکسین HPV توصیه شده برای طفل من را همانطور که در بالا نشان داده شد، با علامت زدن این بکس رد یا به تعویق بی‌اندازم.

تاریخ امضا

امضای والدین، سرپرست قانونی، یا شخصی که در Loco Parentis فعالیت می‌کند

## خلاصه اطلاعیه‌های حریم خصوصی HIPAA

ولسوالی Fairfax درک می‌کند که حریم خصوصی شما مهم است. قوانین دولتی سازمان‌های ولسوالی Fairfax را ملزم می‌سازد که خدمات صحتی را به شما ارائه دهند تا از حریم خصوصی سوابق مراقبت‌های صحتی شما محافظت کنند. سوابق شما شامل معلومات شخصی شما است که می‌تواند شما را شناسایی کند. کارمند مراقبت‌های صحتی در قضیه شما معلوماتی را در مورد سلامتی شما و درمان‌های که در حین مراقبت از شما انجام داده‌اید، می‌نویسد. اگر کارمند مراقبت‌های صحتی از شما بخواهد که خدمات بیشتر دریافت کنید، این معلومات نیز در قضیه ثبت می‌شود.

پالیسی ما همیشه حفظ سوابق شما بوده است. ما قوی‌ترین قوانینی را دنبال می‌کنیم که از معلومات مراقبت‌های صحتی شما محافظت می‌کند. این پوستر حقوقی را که از قانون دولتی، قانون قابل حمل و پاسخویی بیمه صحتی (HIPAA) دارید، شرح می‌دهد. ما باید به شما اطلاع دهیم که ما چگونه از این قانون پیروی می‌کنیم. بعضی اوقات قوانین فدرال و ایالتی تغییر می‌کند. اگر قوانین دولت تغییر کند، ولسوالی Fairfax و آژانس‌ها، هیئت‌ها و کمیسیون‌های ما این حق را برای خود محفوظ می‌دارند که در هر زمانی پالیسی‌های حفظ حریم خصوصی و هر یک از شیوه‌های حفظ حریم خصوصی ما را تغییر دهند. این تغییرات برای همه سوابق مراقبت‌های صحتی که ما برای شما محفوظ نگه می‌داریم اعمال می‌شود.

### یک خلاصه از حقوق حریم خصوصی شما:

- شما ممکن است از ما بخواهید که در محل کار یا منزل با شما تماس بگیریم. ما سعی خواهیم کرد که تمام درخواست‌های منطقی را دنبال کنیم.
- شما حق دارید که یک کاپی از سوابق پزشکی الکترونیکی خود را درخواست کنید. شما می‌توانید به سوابق مراقبت‌های صحتی خود نگاه کنید یا از سوابقی که ما در مورد شما نگه می‌داریم درخواست کنید. اگر ما فکر می‌کنیم که ممکن است شما واکنش بدی نسبت به برخی از مطالب موجود در سوابق داشته باشید، ما می‌توانیم بگوییم نه.
- شما می‌توانید مستقیماً از لابراتوار که معاینه را انجام می‌دهد به گزارش‌های لابراتوار دسترسی داشته باشید.
- اگر شما مصرف خدمات یا اجناس صحتی را از جیب خود به طور کامل پرداخت می‌کنید، شما می‌توانید از ما بخواهید که آن معلومات را به منظور پرداخت یا عملیات خود با بیمه صحتی خود به اشتراک ندهیم. ما بلی خواهیم گفت، مگر اینکه قانون ما را ملزم به اشتراک گذاری این معلومات سازد.
- اگر شما فکر می‌کنید در سوابق طبی شما وجود مشکل ندارد، ممکن است شما بخواهید آن را تغییر دهید. ما مجبور نیستیم تغییری ایجاد کنیم، اما ما با شما همکاری خواهیم کرد تا نگرانی‌های شما را درج کنیم.
- ما ممکن است لازم باشد ریکارد صحتی شما را به افراد دیگر نشان دهیم. ممکن است یک قانون از ما بخواهد که معلومات شما را به اشتراک بگذاریم. ما فقط زمانی معلومات شما را به اشتراک می‌گذاریم که دلیل خوبی برای این کار وجود داشته باشد. اگر شما نمی‌خواهید که ما معلومات شما را با افراد خاص به اشتراک بگذاریم، شما باید به ما اطلاع دهید. ما سعی خواهیم کرد دستور العمل‌های شما را دنبال کنیم، اما ما مجبور نیستیم همیشه این کار را انجام دهیم.
- شما می‌توانید فهرست از تمام افرادی که معلومات شما را با آنها به اشتراک گذاشته‌ایم بخواهید. این فهرست شامل اوقات نیست که ما معلومات شما را در مورد وقت، پرداخت صورتحساب یا مدیریت خدمات خود با کارمندان مراقبت‌های صحتی دیگر به اشتراک گذاشته ایم. این لیست شامل مواردی نمی‌شود که شما گفتید برای به اشتراک گذاشتن معلومات صحتی شما خوب است.
- برای کسب معلومات بیشتر در مورد حقوق شما و برای این که ما چگونه معلومات شما را به اشتراک می‌گذاریم، شما می‌توانید یک نسخه کامل از اعلامیه اقدامات حفظ حریم خصوصی را درخواست کنید. شما می‌توانید این اعلان را در هر زمانی درخواست کنید. زمانی که شما خدمات صحتی را از ما دریافت کنید، یکی به شما داده خواهد شد.
- شما این حق را دارید که در صورت کشف نقض معلومات محافظت شده ناامن شما، مطلع شوید.
- اگر شما فکر می‌کنید که ما حقوق حریم خصوصی شما را نقض کرده ایم، شما می‌توانید برای ما نامه یا ایمیل بنویسید. افسر انطباق HIPAA ما یا وزارت صحت و خدمات بشری فدرال می‌تواند در مورد شکایت شما به شما کمک کند.

برای معلومات بیشتر در مورد برنامه انطباق HIPAA ولسوالی Fairfax، لطفاً با:

### مسئول تطبیق قانون HIPAA

12000 Government Center Parkway, Suite 527 | Fairfax, VA 22035

تلفون: (703) 324-4136 | TTY: (703) 968-0217 | وب: [www.fairfaxcounty.gov/hipaa](http://www.fairfaxcounty.gov/hipaa)

ولسوالی Fairfax به پالیسی عدم تبعیض در همه برنامه‌ها، خدمات و فعالیت‌های ولسوالی متعهد است و در صورت درخواست، تسهیلات معقول ارائه می‌کند.

لطفاً اگر شما می‌خواهید نسخه‌ای از اطلاعیه اقدامات حفظ حریم خصوصی ریاست صحت ولسوالی فیرفاکس را دریافت کنید، بکس را علامت بزنید.