

County of Fairfax, Virginia

To protect and enrich the quality of life for the people, neighborhoods, and diverse communities of Fairfax County



(ADOLESCENT VACCINATION CONSENT FORM) نوعمروں بالغوں کی ویکسینیشن کی رضامندی کا فارم

Tdap/Td (تشنج، خناق اور اے سیلیولر کالی کھانسی/تشنج، خناق)، HPV (ہیومن پیپیلوما وائرس ویکسین)،
Meningococcal ACWY (میننگوکوکل برائے AWCY سپروگروپ)

صرف محکمہ صحت کے

استعمال کے لیے

:# VAMS ID

نام: _____

تاریخ پیدائش: _____ / _____ / _____

اگر نابالغ - والدین/سرپرست کا نام: _____

پتہ: _____

گرید: _____ اسکول: _____

ایم والدین/سرپرست کا فون نمبر گھر: _____ موبائل: _____ کام کہ جگہ: _____

ہنگامہ رابطہ: _____ ہنگامی رابطہ نمبر: _____
(گھر کے سربراہ کے علاوہ کی صورت میں)

طے شدہ ٹیکہ کاری کلینک کے دن میرے بچے کی عمر 11 سال یا اس سے زیادہ ہوگی: جی ہاں جی نہیں

براہ کرم ذیل کے تمام سوالات کے لیے جی ہاں یا جی نہیں پر نشان لگائیں تاکہ یہ معلوم کیا جا سکے کہ آیا آپ کا بچہ اسکول میں پیش کی جانے والی ویکسین حاصل کر سکتا ہے یا نہیں۔ ویکسین کلینک کے دن ویکسین دینے والی نرس اس معلومات کا جائزہ لے گی۔

جی ہاں جی نہیں نرس

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کیا آپ کے بچے کو کبھی کسی دوا، خوراک، ویکسین کے اجزاء، خمیر، یا لیٹیکس سے شدید قسم کی الرجی کا ردعمل ہوا ہے؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کیا آپ کے بچے کو ماضی میں HPV، Tdap/Td، یا میننگوکوکل ویکسین (meningococcal) کی پچھلی خوراک پر کبھی شدید ردعمل ہوا ہے؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کیا آپ کے بچے کو DTP (تشنج، خناق، اے سیلیولر کالی کھانسی) DTaP (تشنج، خناق، کالی کھانسی)، یا Tdap/Td کی خوراک لینے کے بعد 7 (سات) دنوں کے اندر کوما، شعور کی سطح میں کمی، یا طویل یا ایک سے زیادہ دوروں کا تجربہ ہوا؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کیا آپ کے بچے کو ماضی میں دورے پڑے ہیں یا اعصابی نظام کا کوئی دوسرا مسئلہ رہا ہے؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کیا آپ کے بچے کو DT (خناق، تشنج)، Tdap، DTaP، یا TD (تشنج، خناق) کی پچھلی خوراک کے بعد کیا ٹیکے والی جگہ پر شدید سوجن یا خارش کا تجربہ ہوا؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کیا آپ کے بچے کو کبھی گلیان بینر سنڈروم (Guillain-Barre Syndrome, GBS) ہوا ہے؟ اگر ہاں، تو Tdap ویکسین لینے کے بارے میں اپنے ڈاکٹر سے مشورہ کریں۔ (اسکول کی ترتیب میں آگے بڑھنے کے لیے ایک نوٹ درکار ہو سکتا ہے۔)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	پچھلے سال میں، کیا آپ کے بچے کو مدافعتی (گاما) گلوبولین، خون/خون کی مصنوعات، یا اینٹی وائرل ادویات ملی ہیں؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کیا آپ کے بچے کو مدافعتی نظام کا مسئلہ ہے جیسے کینسر، لیوکیمیا، ایچ آئی وی/ایڈز؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	پچھلے 6 مہینے میں، کیا آپ کے بچے نے ایسی دوائیں لی ہیں جو مدافعتی نظام کو متاثر کرتی ہیں جیسے کہ پریڈیسون، یا دیگر سٹیرائڈز (prednisone)، یا کینسر مخالف ادویات؛ ریمیٹائڈ گٹھیا، کروہن کی بیماری، یا چنبل کے علاج کے لیے دوائیں، یا تابکاری کے علاج کے لیے؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کیا آپ کے بچے کو پچھلے 4 ہفتوں میں ویکسین لگائی گئی ہے؟ اگر ہاں، تو انہیں کون کون سی ویکسین لگائی گئی ہیں؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کیا آپ کا بچہ/ٹین حاملہ ہے؟ اگر ہاں، تو آپ کے بچے/ٹین کو HPV ویکسین نہیں ملے گی لیکن وہ دوسری ویکسین حاصل کر سکتا ہے۔
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ٹیکہ لگنے سے پہلے، دوران یا اس کے بعد کیا آپ کے بچے کو کبھی چکر محسوس ہوئے ہیں یا بیہوش ہوا ہے؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کیا آپ کا بچہ ٹیکہ لگنے کے بارے میں فکر مند ہے؟



بیمہ کی معلومات

نوٹ: اگر آپ کا بچہ ویکسینز فار چلڈرن پروگرام (Vaccines for Children Program) کے لیے اہل ہے تو آپ کے بچے کو ویکسین مفت فراہم کی جائیں گی۔

بیمہ: براہ کرم درج ذیل جواب دیں: یہ معلومات VFC (ویکسینز فار چلڈرن) ویکسینز کے لیے وفاقی فنڈنگ کے مقاصد کے لیے درکار ہے۔

میرا بچہ: () **بیمہ شدہ ہیں** ہے (پرائیویٹ انشورنس Medicaid، Medicaid (میڈیکائیڈ مینیجڈ کیئر آرگنائزیشن) MCO یا FAMIS (میڈیکل انشورنس سیکورٹی ٹک خاندانی رسائی) کے ذریعے بھی احاطہ کردہ نہیں ہے) () امریکی انٹین یا الاسکا کا مقامی ہے۔

() کے پاس Medicaid MCO ہے (اپنے منصوبے پر دائرہ بنائیں): سینٹارا کمیونٹی کیئر (Sentara Community Care)، اینتھم ہیلتھ کیپرز پلس (Anthem HealthKeepers Plus)

Aetna Better Health، یا United Healthcare Community Plan، یا Molina Healthcare

ممبر ID # جیسا کہ آپ کے کارڈ پر دکھایا گیا ہے: کیا یہ FAMIS پلان ہے؟ □ جی ہاں □ جی نہیں

() کے پاس (ایک پر دائرہ بنائیں) Medicaid یا FAMIS جو MCO پلان نہیں ہے: Medicaid #

() کے پاس دیگر انشورنس ہیں جو اوپر درج نہیں ہیں۔

میں Fairfax County Health Department (فیئر فیکس کاؤنٹی ہیلتھ ڈیپارٹمنٹ، FCHD) کو اجازت دیتا/دیتی ہوں کہ وہ Medicare، Medicaid اور دیگر صحت کی دیکھ بھال کے فوائد کی ادائیگی کے لیے درخواست کی معاونت کے سلسلے میں ضروری ریکارڈ جاری کرے۔ میں فریق ثالث سے ادائیگی کرنے والے سے درخواست کرتا/کرتی ہوں کہ وہ میری طرف سے FCHD کو کسی بھی مجاز فوائد کی ادائیگی کرے۔

دستخط کی تاریخ

کلارنٹ، والدین/قانونی سرپرست، یا لوکو پرنٹنس (Loco Parentis) میں کام کرنے والے شخص کے دستخط

اسکول جانے کی عمر کے طالب علم کے حفاظتی ٹیکوں کے ریکارڈ کو شیئر کرنے کی اجازت میں فیئر فیکس کاؤنٹی ہیلتھ ڈیپارٹمنٹ (FCHD) کو اجازت دیتا/دیتی ہوں کہ وہ اسکول میں داخلے کی ضروریات کو پورا کرنے کے واضح مقصد کے لیے میرے بچے کے حفاظتی ٹیکوں کے ریکارڈ کی معلومات اسکول سسٹم کو جاری کرے۔

دستخط کی تاریخ

کلارنٹ، والدین/قانونی سرپرست، یا لوکو پرنٹنس (Loco Parentis) میں کام کرنے والے شخص کے دستخط

ایچ آئی وی، ہیپاٹائٹس بی یا سی ٹیسٹنگ کے لیے رضامندی سمجھا جانے والا نوٹس

کوڈ آف ورجینیا (1950) کے § 32.1 - 45.1 جیسا کہ ترمیم شدہ، کی جانب سے FCHD کو لازم قرار دیا گیا ہے کہ وہ آپ کو درج ذیل نوٹس دے۔

1. اگر کسی بھی فیئر فیکس کاؤنٹی ہیلتھ ڈیپارٹمنٹ (FCHD) ہیلتھ کیئر پروفیشنل، ورکر، یا ملازمین کو براہ راست آپ کا خون یا جسمانی رطوبتیں اس طرح سے لگتی ہیں جن سے بیماری لگنے کا امکان ہو، تو ایسی صورت میں آپ کے خون کا ہیومن امیونو وائرس (HIV) کے علاوہ ہیپاٹائٹس B اور C کے لیے بھی ٹیسٹ کیا جائے گا۔ ایک معالج یا دیگر صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والا آپ کو بتائے گا کہ ٹیسٹ کا نتیجہ کیا ہے۔ وی کے تحت کوڈ § 32.1 - 45.1، می سمجھا جاتا ہے کہ آپ نے اس شخص کو ٹیسٹ کے نتائج جاری کرنے پر رضامندی دی ہے جس کو آپ کا خون یا جسمانی رطوبتیں لگی ہیں۔
2. اگر آپ کو کسی بھی فیئر فیکس کاؤنٹی ہیلتھ ڈیپارٹمنٹ (FCHD) ہیلتھ کیئر پروفیشنل، ورکر یا ملازم کا خون یا جسمانی رطوبتیں براہ راست اس طریقے سے لگتی ہیں کہ جن سے بیماری لگنے کا امکان ہو، تو ایسی صورت میں اس شخص کے خون کا ہیومن امیونو وائرس ("ایڈز" کا وائرس) کے علاوہ ہیپاٹائٹس B اور C کے لیے بھی ٹیسٹ کیا جائے گا۔ ایک معالج یا دیگر صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والا آپ کو اس شخص کے ٹیسٹ کے نتائج کے بارے میں آگاہی فراہم کرے گا۔



HPV، TDAP/Td، اور میننگوکوکل (MENINGOCOCCAL ACWY) کی ویکسینیشن کے لیے رضامندی

بچے کی Tdap/Td ویکسینیشن کے لیے رضامندی:

جی ہاں، میں نے Tdap/Td ویکسین کے لیے 2021 ویکسینیشن انفارمیشن اسٹیٹمنٹ (Vaccination Information Statement, VIS) پڑھا ہے، میں خطرات اور فوائد کو سمجھتا/سمجھتی ہوں، اور میں اس فارم کے اوپری حصے میں موجود اپنے بچے کے نام کے لیے محکمہ صحت اور اس کے مجاز عملے کو Tdap/Td ویکسین (ٹیکہ) لگانے کی رضامندی دیتا/دیتی ہوں۔

جی نہیں، میں نے اس وقت فیصلہ کیا ہے کہ اپنے بچے کے لیے تجویز کردہ ویکسین (ٹیکوں) کو، جیسا کہ اوپر اشارہ کیا گیا ہے، اس باکس کو نشان زد کر کے مسترد کرنے یا موخر کرنے کا فیصلہ کیا ہے۔

دستخط کی تاریخ

کلارنٹ، والدین/قانونی سرپرست، یا لوکو پیرنٹس (Loco Parentis) میں کام کرنے والے شخص کے دستخط

بچے کو (میننگوکوکل (MenACWY) Meningococcal) ویکسینیشن لگانے کی رضامندی:

جی ہاں، میں نے Tdap/Td ویکسین کے لیے 2021 ویکسینیشن انفارمیشن اسٹیٹمنٹ (Vaccination Information Statement, VIS) پڑھا ہے، میں خطرات اور فوائد کو سمجھتا/سمجھتی ہوں، اور میں اس فارم کے اوپری حصے میں موجود اپنے بچے کے نام کے لیے محکمہ صحت اور اس کے مجاز عملے کو میننگوکوکل (Meningococcal) ACWY ویکسین (ٹیکہ) لگانے کی رضامندی دیتا/دیتی ہوں۔

براہ کرم نوٹ فرمائیں: آپ کے بچے کو ایک خوراک 7ویں جماعت میں داخل ہونے سے پہلے اور ایک خوراک 12ویں جماعت میں داخل ہونے سے پہلے دی جائے گی۔

جی نہیں، میں نے اس وقت فیصلہ کیا ہے کہ اپنے بچے کے لیے تجویز کردہ MenACWY ویکسین کو، جیسا کہ اوپر اشارہ کیا گیا ہے، اس باکس کو نشان زد کر کے مسترد کرنے یا موخر کرنے کا فیصلہ کیا ہے۔

دستخط کی تاریخ

کلارنٹ، والدین/قانونی سرپرست، یا لوکو پیرنٹس (Loco Parentis) میں کام کرنے والے شخص کے دستخط

بچے کو HPV ویکسینیشن لگانے کے لیے رضامندی:

ہاں، میں نے HPV ویکسین کے لیے 2021 ویکسینیشن انفارمیشن اسٹیٹمنٹ (Vaccination Information Statement, VIS) پڑھا ہے۔ میں خطرات اور فوائد کو سمجھتا/سمجھتی ہوں، اور میں اس فارم کے اوپری حصے میں موجود اپنے بچے کے نام کے لیے محکمہ صحت اور اس کے مجاز عملے کو HPV ویکسین (ٹیکہ) لگانے کی رضامندی دیتا/دیتی ہوں۔

دستخط کی تاریخ

کلارنٹ، والدین/قانونی سرپرست، یا لوکو پیرنٹس (Loco Parentis) میں کام کرنے والے شخص کے دستخط

HIPAA نوٹس پرائیویسی پریکٹسز کا خلاصہ

Fairfax کاؤنٹی سمجھتی ہے کہ آپ کی رازداری اہم ہے۔ حکومتی قوانین کے مطابق Fairfax کاؤنٹی کی وہ ایجنسیاں جو آپ کو صحت کی خدمات فراہم کرتی ہیں ان پر لازم ہے کہ وہ آپ کی صحت کی دیکھ بھال کے ریکارڈ کی رازداری کا تحفظ کریں۔ آپ کے ریکارڈ میں آپ کی ذاتی معلومات شامل ہیں جو آپ کی شناخت کر سکتی ہیں۔ ہیلتھ کیئر ورکر آپ کی نگہداشت کرتے ہوئے آپ کی صحت اور فراہم کئے گئے علاج معالجے کے بارے میں آپ کے ریکارڈ میں معلومات درج کریں گے۔ ہیلتھ کیئر ورکر اگر چاہتا ہے کہ آپ کو مزید خدمات فراہم کی جائیں تو وہ معلومات بھی ریکارڈ میں درج کی جائے گی۔

ہماری پالیسی ہمیشہ آپ کے ریکارڈ کو محفوظ رکھنے کی رہی ہے۔ آپ کی صحت کی دیکھ بھال کی معلومات کی حفاظت کے لیے ہم سخت ترین قوانین پر عمل کرتے ہیں۔ یہ پوسٹر ان حقوق کو بیان کرتا ہے جو آپ کو حکومتی قانون، ہیلتھ انشورنس پورٹیبلٹی اینڈ اکاؤنٹیبلٹی ایکٹ (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) کے ذریعے حاصل ہیں۔ ہمیں آپ کو بتانا چاہیے کہ ہم اس اصول پر کیسے عمل کرتے ہیں۔ بعض اوقات وفاقی اور ریاستی قوانین بدل جاتے ہیں۔ اگر حکومتی قوانین تبدیل ہوتے ہیں تو، Fairfax کاؤنٹی اور ہماری ایجنسیاں، بورڈز، اور کمیشن کسی بھی وقت ہماری رازداری کی پالیسیوں اور رازداری کے ہمارے کسی بھی طرز عمل کو تبدیل کرنے کا حق محفوظ رکھتے ہیں۔ یہ تبدیلیاں صحت کی دیکھ بھال کے ان تمام ریکارڈز پر لاگو ہوں گی جنہیں ہم آپ کے لیے محفوظ رکھتے ہیں۔

آپ کے رازداری کے حقوق کا خلاصہ:

- آپ ہم سے کام پر یا گھر پر رابطہ کرنے کے لیے کہہ سکتے ہیں۔ ہم تمام معقول درخواستوں پر عمل کرنے کی کوشش کریں گے۔
- آپ کو اپنے الیکٹرانک میڈیکل ریکارڈ کی کاپی حاصل کرنے کی درخواست کرنے کا حق ہے۔ آپ اپنے ہیلتھ کیئر ریکارڈ کو دیکھ سکتے ہیں یا ہم آپ کے بارے میں جو ریکارڈ رکھتے ہیں اس کی ایک کاپی طلب کر سکتے ہیں۔ اگر ہمیں لگتا ہے کہ ریکارڈ میں موجود کچھ مواد پر آپ ردعمل اچھا نہیں ہو سکتا ہے، تو ہم انکار بھی کر سکتے ہیں۔
- آپ لیب کے ٹیسٹ کرنے والی لیبارٹری سے براہ راست لیبارٹری کی رپورٹس تک رسائی حاصل کر سکتے ہیں۔
- اگر آپ کسی سروس یا صحت کی دیکھ بھال کی اشیاء کے لیے مکمل طور پر ادائیگی کرتے ہیں تو، آپ ہم سے کہہ سکتے ہیں کہ ادائیگی کے مقصد یا ہمارے آپریشنز کے لیے اس معلومات کو آپ کے ہیلتھ انشورنس کے ساتھ شیئر نہ کیا جائے۔ ہم ہاں کہیں گے تاوقتیکہ کوئی قانون ہم سے اس معلومات کو شیئر کرنے کا تقاضا نہ کرے۔
- اگر آپ کو لگتا ہے کہ آپ کے ہیلتھ ریکارڈ میں کوئی چیز غلط یا غائب ہے، تو آپ اسے تبدیل کرنے کے لیے کہہ سکتے ہیں۔ ہمیں تبدیلی کرنے کی ضرورت نہیں ہے، لیکن ہم آپ کے خدشات کو شامل کرنے کے لیے آپ کے ساتھ مل کر کام کریں گے۔
- ہمیں آپ کا صحت کا ریکارڈ دوسرے لوگوں کو دکھانے کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔ ایک قانون ہم سے آپ کی معلومات شیئر کرنے کا تقاضا کر سکتا ہے۔ ہم صرف اس صورت میں آپ کی معلومات شیئر کریں گے جب ایسا کرنے کی کوئی معقول وجہ موجود ہوگی۔ اگر آپ چاہتے ہیں کہ ہم آپ کی معلومات کو کچھ لوگوں کے ساتھ شیئر نہ کریں تو آپ کو ہمیں ضرور بتانا چاہیے۔ ہم آپ کی ہدایات پر عمل کرنے کی کوشش کریں گے، لیکن ہمیں ہر وقت ایسا کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔
- آپ ان تمام لوگوں کی فہرست طلب کر سکتے ہیں جن کے ساتھ ہم نے آپ کی معلومات شیئر کی ہیں۔ اس فہرست میں وہ اوقات شامل نہیں ہوں گے جب ہم نے آپ کے علاج معالجے، آپ کے بل کی ادائیگی، یا ہماری سروس مینجمنٹ کے حوالے سے دیگر ہیلتھ کیئر ورکرز کے ساتھ آپ کی معلومات شیئر کی تھی۔ اس فہرست میں وہ اوقات بھی شامل نہیں ہوں گے جب آپ نے کہا تھا کہ آپ کی صحت کی معلومات شیئر کرنا ٹھیک ہے۔
- اپنے حقوق کے بارے میں مزید جاننے کے لیے اور یہ کہ ہم آپ کی معلومات کس طرح سے شیئر کر سکتے ہیں آپ نوٹس آف پرائیویسی پریکٹسز (Notice of Privacy Practices) کی مکمل کاپی کی درخواست کر سکتے ہیں۔ آپ کسی بھی وقت اس نوٹس کی درخواست کر سکتے ہیں۔ جب آپ ہم سے صحت کی خدمات حاصل کریں گے تو آپ کو ایک دیا جائے گا۔
- اگر ہمیں آپ کی غیر محفوظ محفوظ صحت کی معلومات کی خلاف ورزی کا پتہ چلتا ہے تو آپ کو مطلع کرنے کا حق ہے۔
- اگر آپ کو لگتا ہے کہ ہم نے آپ کے رازداری کے حقوق کی خلاف ورزی کی ہے تو آپ ہمیں ایک خط یا ای میل لکھ سکتے ہیں۔ ہمارا HIPAA کمپلائنس آفیسر (HIPAA Compliance Officer) یا وفاقی محکمہ صحت اور انسانی خدمات (Federal Department of Health and Human Services) شکایت کے سلسلے میں آپ کی مدد کر سکتا ہے۔

Fairfax کاؤنٹی کے HIPAA کمپلائنس پروگرام (HIPAA Compliance Program) کے بارے میں مزید معلومات کے لیے، براہ کرم رابطہ کریں:

HIPAA Compliance Officer

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

فون: (703) 968-0217 | TTY: (703) 324-4136 | ویب: www.fairfaxcounty.gov/hipaa

Fairfax County تمام کاؤنٹی پروگراموں، خدمات اور سرگرمیوں میں عدم امتیاز کی پالیسی کے لیے پرعزم ہے اور درخواست پر مناسب رہائش فراہم کرے گی۔

□ اگر آپ Fairfax کاؤنٹی کے محکمہ صحت کے نوٹس آف پرائیویسی پریکٹسز (Notice of Privacy Practices) کی کاپی حاصل کرنا چاہتے ہیں تو براہ کرم باکس کو چیک کریں۔