

## 疫苗接种知情同意书

### 第一部分：患者信息

接种疫苗的照护机构居住者/工作人员必须填写这部分信息。

名字：	姓氏：				
出生日期：	性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
过敏史：	<input type="checkbox"/> 无药物过敏史				
照护机构名称及地址：					
种族： <input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加土著人 <input type="checkbox"/> 亚裔美国人 <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美国人 <input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉美裔美国人 <input type="checkbox"/> 太平洋岛民 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 其他, 请说明：					
母亲的名字： <input type="checkbox"/> 不可提供	母亲的婚前姓： <input type="checkbox"/> 不可提供				
患者监护人类型(请从以下选项中选择:)					
<input type="checkbox"/> 姨/姑	<input type="checkbox"/> 子女	<input type="checkbox"/> 监护人	<input type="checkbox"/> 父母	<input type="checkbox"/> 姐妹	<input type="checkbox"/> 叔/伯/舅
<input type="checkbox"/> 兄弟	<input type="checkbox"/> 养子	<input type="checkbox"/> 祖父母	<input type="checkbox"/> 自己	<input type="checkbox"/> 配偶	<input type="checkbox"/> 其他:
<input type="checkbox"/> 看护者	<input type="checkbox"/> 父亲	<input type="checkbox"/> 母亲	<input type="checkbox"/> 兄弟姐妹	<input type="checkbox"/> 继子女	<input type="checkbox"/> 不可提供

我同意接种以下疫苗：**SARS-CoV-2 疫苗(2剂接种)**     是     否

### 第二部分：医疗工作者信息

接种疫苗的照护机构工作人员必须填写下方第二部分。

身体状况：			
邮寄地址：			
街道：	城市：	州：	邮编：
个人电话号码：		个人电子邮件地址：	
家庭医生 (PCP)：		PCP 电话号码：	

保险信息(请填写下表, 如未投保, 请勾选“无保险”)

<input type="checkbox"/> 无保险	药房/药物	医疗
保险计划/计划编号		
成员/受领人识别号		
RX BIN		N/A
RX PCN		N/A
分组编号		

您是否持卡人？  是  否    如果为否, 请在下方提供持卡人姓名、出生日期和关系:

持卡人姓名：	持卡人出生日期：	与持卡人的关系：
--------	----------	----------

### 第三部分：同意书

请阅读以下声明, 并在下方签名处签名。

我已获知、通读并理解 PharmScript 所提供的 COVID-19 疫苗信息。我特此授权 PharmScript 及受雇于 PharmScript 或与其签订合同的执业人员(各称为“服务提供者”)以间隔 19 到 23 天、分两剂接种的方式注射本人在上方所要求的疫苗(“本项服务”)。本同意书的范围包括 PharmScript 与其他医疗保健专业人员之间为达到护理和治疗目的而开展的关于疫苗及疫苗接种的讨论。我了解可以随时以书面请求的方式撤回本同意书。

## 疫苗接种知情同意书

### 第三部分：同意书

请阅读以下声明，并在下方签名处签名。

我确认已获悉以下信息：

- 本项服务目的旨在接种我所要求的疫苗。
- 服务提供者会根据我的具体诊断和健康状况、将与本项服务相关的任何风险信息告知本人。
- 疫苗接种并非一门精确科学、也无法保证我所获本项服务的结果。
- 本项服务的性质和目的、预期收益、潜在的已知和未知并发症、实现目标的可能性、本项服务可能导致的相对风险，以及不治疗的相关风险和后果。

我了解疫苗的益处和风险，我明确同意、要求并授权接种疫苗。我谨代表我本人、我的继承人和个人代表，特此免除PharmScript、各服务提供者和适用的工作人员、代理、继任者、部门、附属公司、子公司、官员、主管、承包商和雇员因本项服务而产生的、与本项服务有关的或以任何方式相关的任何及所有已知或未知的责任或索赔、使其免受损害。

我确认：(a) 我了解我所在州的疫苗接种登记机构（“州登记处”）和我所在州的健康信息交换机构（“州 HIE”）的目的/益处；并且 (b) 服务提供者可以将我的疫苗接种信息披露给州登记处、州 HIE 或通过州 HIE 披露给州登记处、以用于公共卫生报告目的；或披露给在州登记处和/或州 HIE 名册中的我的医保服务提供方，以用于诊疗协调目的。

我还授权适用的服务提供者：(a) 在必要时向我的医疗保健专业人员、Medicare、Medicaid 或其他第三方支付机构公布，或通过州 HIE 向上述人员或机构公布我的医疗或其他信息、包括我的传染性疾病（包括 HIV）、心理健康和药物/酒精滥用信息、以实现医疗或支付目的；(b) 就本项服务向我的保险公司提交赔付要求；(c) 就本项服务代表我要求向适用的服务提供者提供支付或授权利益。

我确认、依据我所在州的法律、我可以使用州政府批准的退出表格、或在我所在州法律允许情况下、使用服务提供者提供的退出表格（以下称“退出表格”）来阻止以下行为：(a) 服务提供者向州 HIE 和/或州登记处披露我的疫苗接种信息；或 (b) 州 HIE 和/或州登记处在州登记处和/或州 HIE 名册中的我的任何其他医疗服务提供方共享我的疫苗接种信息。如果我所在州允许、服务提供者将向我提供一份退出表格。我明白、根据我所在州的法律、我可能需要同意、因此、在法律要求范围内、我特此于下方签字同意服务提供者将我的疫苗接种信息报告给州 HIE、或通过州 HIE 和/或州登记处报告给相关机构，并用于本知情同意书中所述目的。除非我向服务提供者提供已签名的退出表格，否则我了解，我的同意在我撤回许可之前将一直有效，而且在适用情况下、我可以通过向服务提供者和/或我的州 HIE 提供完整的退出表格来撤回我的同意。我了解、即使我不同意或我撤回同意、我所在州的法律也可能允许在法律要求或允许的情况下、向州 HIE 或通过州 HIE 披露我的疫苗接种信息。

本同意书的复印件/电子传输件/传真件以及任何签名均视为有效原件。

我在下方的签名表示我自愿同意上述所有内容、且本同意书的性质已向我解释、且我有机会询问有关上述内容的任何及所有问题、且我的问题已得到满意的答复。我了解疫苗的益处和风险、我明确同意、要求并授权接种疫苗。我已收到与我要接种的疫苗有关的 CDC 疫苗信息表或紧急使用授权 (EUA) 患者信息表。

如果代表患者签字、请提供以下信息：

- 我是患者的法定授权代表人、并被授权代表患者签署本同意书。
- 患者口头同意以上内容、并提供了口头同意书、但无法亲自签署本同意书。患者已口头授权我代表患者签署本同意书。
- 患者的法定授权代表人代表患者口头同意以上内容、并代表患者提供了口头同意书、并口头授权签署本同意书。

印刷体姓名 (签名人)：

签名：

日期：

监护人姓名：

与患者的关系 (如适用)：  配偶  委托书  法定监护人  其他、请说明：

(如果是“其他”、请参考见证人部分)

见证人 (用于与患者的关系为“其他”情况)：(选填)

签名：

印刷体 姓名：

