

### 섹션 1: 환자 정보

이 섹션은 해당 백신을 접종하는 주민/시설 직원을 위해 완료되어야 합니다.

이름:	성:				
생년월일:	성별: <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성				
알레르기:	<input type="checkbox"/> 알려진 약물 알레르기 없음				
시설 이름 및 주소:					
인종/민족: <input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민 <input type="checkbox"/> 동양인 <input type="checkbox"/> 흑인 또는 아프리카계 미국인 <input type="checkbox"/> 히스패닉계 또는 라틴계 미국인 <input type="checkbox"/> 태평양 섬 주민 <input type="checkbox"/> 백인 <input type="checkbox"/> 기타, 구체적으로 명시:					
어머니 이름: <input type="checkbox"/> 해당 없음	어머니 결혼 전 성: <input type="checkbox"/> 해당 없음				
환자 보호자 유형(아래 옵션 중에서 선택하십시오):					
<input type="checkbox"/> 고모나 이모	<input type="checkbox"/> 자녀	<input type="checkbox"/> 보호자	<input type="checkbox"/> 부모	<input type="checkbox"/> 자매	<input type="checkbox"/> 삼촌
<input type="checkbox"/> 형제	<input type="checkbox"/> 위탁 자녀	<input type="checkbox"/> 조부모	<input type="checkbox"/> 본인	<input type="checkbox"/> 배우자	<input type="checkbox"/> 기타:
<input type="checkbox"/> 간병인	<input type="checkbox"/> 아버지	<input type="checkbox"/> 어머니	<input type="checkbox"/> 형제자매	<input type="checkbox"/> 의붓자녀	<input type="checkbox"/> 해당 없음

다음 예방 접종을 받는 데 동의합니다. [백신]: SARS-CoV-2 백신(2회 접종 시리즈)  예  아니요

### 섹션 2: 의료 종사자 정보

해당 백신을 접종하는 시설 직원은 아래 섹션 2를 완료해야 합니다.

의학적 질환:			
우편물 발송 주소:			
거리:	시:	주:	우편번호:
개인 전화번호:		개인 이메일 주소:	
일차의료 제공자(PCP):		PCP 전화 번호:	

보험 정보(아래 표를 채우거나 보험에 가입하지 않은 경우 “보험 없음”에 표시하십시오)

<input type="checkbox"/> 보험 없음	약국/약물	의료
보험 플랜/플랜 ID		
회원/수령자 ID 번호		
Rx BIN 번호		해당 없음
RX PCN 번호		해당 없음
그룹 번호		

귀하는 카드 소지자입니까?  예  아니요    카드 소지자가 아닌 경우, 카드 소지자의 이름, 생년월일 및 관계를 아래에 제공하십시오:

카드 소지자 이름:	카드 소지자 생년월일:	카드 소지자와의 관계:
------------	--------------	--------------

### 섹션 3: 동의

다음 내용을 읽고 아래 서명란에 서명하십시오.

나는 PharmScript가 제공하는 코로나-19 백신 정보를 수령하고, 읽고 이해했습니다. 이에 따라 나는 19일에서 23일 간격으로 투여되는 2회 접종 시리즈(이하 “서비스”)로서 위에서 내가 요청한 해당 백신을 투여할 수 있는 권한을 PharmScript에 의해 고용되거나 계약된 실무자(각 “제공자”)에게 부여합니다. 이 동의의 범위는 치료 및 처치를 목적으로 PharmScript와 기타 의료 전문가들 사이의 백신 및 백신 관리에 대한 논의를 포함합니다. 서면으로 요청하면 언제든지 이 동의를 철회할 수 있다는 것을 이해합니다.

**섹션 3: 동의**

다음 내용을 읽고 아래 서명란에 서명하십시오.

나는 다음 사항에 대한 통지받았음을 인정합니다.

- 해당 서비스의 목표는 내가 요청한 백신을 투여하는 것입니다.
- 제공자는 특정 진단 및 건강 상태에 따라 달라지는 서비스와 관련된 위험에 대한 추가 정보를 내게 제공할 것입니다.
- 백신 투여는 정밀 과학이 아니며 내게 제공되는 서비스 결과에 대해 어떠한 보장도 없습니다.
- 해당 서비스의 성격과 목적, 예상되는 혜택, 미지의 잠재적 합병증, 목표 달성 가능성 및 상대적 위험이 해당 서비스로부터 발생할 수 있으며, 관련 위험과 처치하지 않은 결과도 함께 발생할 수 있습니다.

나는 해당 백신의 이익과 위험에 대해 이해하고 있으며, 해당 백신의 관리를 명시적으로 동의하고 요청하며 권한을 부여합니다. 나는 나 자신, 내 상속인 및 개인 대리인을 대신하여 해당 서비스와 관련하여 알려진 것이든 알려지지 않은 것이든 어떠한 방식으로든 발생하는 모든 모든 책임 또는 청구로부터 PharmScript, 각 제공자 및 해당 직원, 대리인, 상속인, 부서, 계열사, 자회사, 임원, 이사, 계약자와 직원들을 해제하며 그 책임을 면제하는 바입니다.

나는 다음 사항을 인정합니다. (a) 우리 주 백신 등록("State Registry") 및 우리 주 보건 정보 교환("State HIE")의 목적/이익을 이해하고 있습니다. 그리고 (b) 해당 제공자는 공공 보건 보고를 위해 내 백신 정보를 State Registry, State HIE 또는 State HIE를 통해 State Registry에 공개하거나 관리 조정의 목적으로 State Registry 및/또는 State HIE에 등록된 내 의료 제공자에게 공개할 수 있습니다.

다음 사항에 대해 해당 제공자의 권한을 추가로 부여합니다. (a) 관리 또는 결제를 효과적으로 시행하기 위해 State HIE에 혹은 State HIE를 통해 전염성 질병(HIV 포함), 정신 건강 및 약물/알코올 남용 정보를 포함한 내 의료 또는 기타 정보를 내 의료 전문가, Medicare, Medicaid 또는 기타 필요한 경우 제3자 결제인에게 공개합니다. (b) 내 보험사에 해당 서비스 청구서를 제출합니다. 그리고 (c) 나를 대신하여 해당 서비스 관련 제공자에게 결제 또는 공인된 혜택을 요청합니다.

나는 우리 주 법률에 따라 주정부가 승인한 옵트 아웃 양식을 사용하거나, 우리 주 법률이 허용하는 경우 제공자가 준비한 옵트 아웃 양식("Opt-Out Form")을 사용하지 못하도록 할 수 있음을 인정합니다. (a) 제공자가 State HIE 및/또는 State Registry에 내 예방 접종 정보 공개 또는 (b) State HIE 및/또는 State Registry, State Registry 및 /또는 State HIE에 등록된 내 기타 의료 서비스 제공자와 내 예방 접종 정보 공유. 해당 제공자는 우리 주 법률이 허락하는 경우 옵트 아웃 양식을 제공할 것입니다. 나는 우리 주 법률에 따라 동의해야 할 수도 있다는 것을 이해하며, 필요한 범위 내에서 제공자가 내 예방 접종 정보를 State HIE에, 또는 State HIE 및/또는 State Registry를 통해 해당 기관에 본 통지 동의 양식에 기술된 목적을 위해 제공할 수 있다는 것을 아래에 서명함으로써 동의하는 바입니다. 내가 제공자에게 서명된 옵트 아웃 양식을 제공하지 않는 한, 승인을 철회할 때까지 내 동의는 유효하며, 해당되는 경우 완전한 옵트 아웃 양식을 제공자 및/또는 State HIE에 제공하여 동의를 철회할 수 있다는 것을 이해합니다.

본 동의서의 복사/전자 전송/팩스 및 모든 서명은 유효한 원본으로 간주됩니다.

**아래 내 서명은 내가 자발적으로 위의 모든 내용에 동의한다는 것과 이 동의의 성격이 내게 설명되었다는 것과 위의 내용과 관련된 모든 질문을 할 기회가 내게 있었고 그 질문에 대해 만족스러운 답변이 주어졌다는 것을 나타냅니다. 나는 해당 백신의 이익과 위험에 대해 이해하고 있으며, 해당 백신의 관리를 명시적으로 동의하고 요청하며 권한을 부여합니다. 나는 내가 접종받는 해당 백신에 상응하는 CDC의 백신 정보 사이트 또는 응급 사용 허가(eua) 환자 자료 사이트를 제공받았습니다.**

환자를 대신하여 서명하는 경우 다음 정보를 제공하십시오:

- 나는 합법적으로 공인된 환자의 대리인이며 환자를 대신하여 이 동의서에 서명할 권한이 있습니다.
- 환자는 위의 모든 것에 구두로 동의하고 구두 동의를 제공했지만 물리적으로 동의서에 서명할 수 없습니다. 환자는 환자를 대신하여 이 동의서에 서명할 수 있는 권한을 구두로 내게 제공했습니다.
- 환자의 합법적으로 공인된 대리인은 환자를 대신하여 위의 모든 사항에 구두로 동의했고 환자를 대신하여 구두 동의와 이 동의서에 서명할 수 있는 구두 승인을 제공했습니다.

정자체 이름(서명인):	서명:	날짜:
보호자 이름:		
환자와의 관계(해당하는 경우): <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 위임장 <input type="checkbox"/> 법적 보호자 <input type="checkbox"/> 기타, 구체적으로 명시하십시오 (“기타”인 경우 증인 섹션을 참조하십시오)		
증인(환자와의 관계 “기타”에 대해 사용): (선택 사항)		
서명:	정자체 이름:	