

Sacramento City Unified School District

Đơn Đồng Ý Kiểm Tra Lâm Sàng Viêm Màng Não

CHÚ Ý: Nếu con em quý vị đã lấy mũi chủng ngừa MCV4 ở độ tuổi từ 16 trở lên, cháu không cần lấy mũi Viêm Màng Não nữa. Các trẻ em nhận mũi chủng ngừa đầu tiên ở độ tuổi từ 11 tới 12 sẽ cần lấy mũi chủng ngừa tăng cường ở tuổi 16, nếu mũi đầu tiên được lấy giữa tuổi 13 và 15, mũi tăng cường cần lấy ở độ tuổi từ 16 tới 18.

Xin Đọc Tin Tức Theo Sau Care Thận Trước Khi Ký tên

Để con em quý vị hội đủ tiêu chuẩn nhận mũi chủng ngừa Viêm Màng Não, **quý vị phải đọc, trả lời các câu hỏi, và ký tên vào đơn đồng ý này.** Việc trả lời cho các câu hỏi được liệt kê bên dưới của quý vị sẽ giúp xác định việc con em quý vị có thể được nhận mũi chủng ngừa Viêm Màng Não. Xin đọc tin tức về Mũi Chủng Ngừa Viêm Màng Não được cung cấp.

TÊN: _____ NGÀY SINH: _____ TUỔI: _____ GIỚI TÍNH: Nam hay Nữ
(Tên) (Họ) (mm-dd-yyyy)

SỐ ĐIỆN THOẠI PHỤ HUYNH: () _____ ĐỊA CHỈ: _____ THÀNH PHỐ: _____ MÃ VÙNG: _____

Xin khoanh tròn vào ô **Có** hoặc **Không** cho các câu hỏi sau và trả lời **TẤT CẢ** các câu hỏi.

1) Đương sự đã nhận mũi Chủng Ngừa Viêm Màng Não trước đây chưa? _____ Nếu có, khi nào?	Có	Không
2) Đương sự có bị dị ứng nghiêm trọng tới thuốc, thực phẩm, chất nhựa tổng hợp, hay các chất khác không?	Có	Không
3) Đương sự có bao giờ bị phản ứng xấu tới một loại thuốc chủng ngừa trong quá khứ không? Nếu có, xin giải thích: _____	Có	Không
4) Quý vị có cảm thấy khỏe mạnh hôm nay không?	Có	Không
5) Đương sự có bị bệnh thiếu hồng huyết cầu do di truyền, hay lá lách bị hỏng, hay phải cắt bỏ lá lách không?	Có	Không
6) Đương sự có bất kỳ vấn đề gì về y tế (bao gồm việc mang thai) mà cháu cần gặp bác sĩ điều đặn không? (Nếu mang thai, xin mang theo giấy giới thiệu của bác sĩ để nhận mũi chủng ngừa).	Có	Không

Tôi đã nhận một bản sao về tin tức mũi chủng ngừa Viêm Màng Não (VIS, 10/14/11). Tôi tin rằng tôi hiểu rõ những lợi ích hay rủi ro của thuốc tiêm chủng và yêu cầu mũi tiêm chủng trên được đưa cho tôi hay tôi đương sự có tên ở trên mà tôi được ủy quyền ký.

Chữ ký

Ghi Họ Tên

Ngày

Tin Tức Phụ Huynh – Xin viết thật rõ ràng.

Tên và Họ của Người Mẹ: _____

Tên và Họ của Người Cha: _____

CHỈ DÀNH CHO TRẺ EM TỪ 18 TUỔI TRỞ XUỐNG. Xin hoàn tất những câu hỏi theo sau để chúng tôi lưu vào hồ sơ.

	Có	Không
Cháu bé có là người Mỹ gốc Da Đỏ hay Người Alaska bản xứ không?		
Cháu bé có đang nhận dịch vụ CHDP hay Medi-Cal không?		
Cháu bé có bảo hiểm y tế tư không?		
Cháu bé có nhận dịch vụ Healthy Families (y tế gia đình) không?		

Date:	Vaccine / Mfg:	Lot #	Exp. Date:	Screening MD/RN/LVN	IZ Given By:	Route/ Site
	MCV4 0.5 mL	SP	U4055BA	6-14-13		IM LD RD