

County of Fairfax, Virginia

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



نموذج الموافقة على التطعيم للمراهقين

Tdap/Td (التيتانوس والدفتيريا والسعال الديكي/التيتانوس والدفتيريا)، HPV (فيروس الورم الحليمي البشري)، ACWY (المكورات السحائية))

الاسم:

الأخير الأول الأوسط

استخدام القسم الصحي فقط

رقم تعريف نظام إدارة التطعيمات
(VAMS ID):

تاريخ الميلاد: / / العمر: النوع الاجتماعي: ذكر أنثى

في حالة القصر - اسم ولي الأمر/الوصي:

الأخير الأول الحرف الأول من الاسم الأوسط (M.I.)

العنوان: المدينة: الرمز البريدي:

الصف: المدرسة:

مهم رقم هاتف ولي الأمر/الوصي للمنزل: الهاتف الخليوي: هاتف العمل:

جهة الاتصال في حالة الطوارئ: رقم جهة الاتصال في حالة الطوارئ: (إذا كان شخصاً غير رب الأسرة)

سيكون عمر طفلي 11 عامًا أو أكثر في يوم عيادة التطعيم المجدولة: لا نعم

يرجى اختيار "نعم" أو "لا" لجميع الأسئلة أدناه لتحديد ما إذا كان يمكن لطفلك تلقي اللقاحات المقدمة في المدرسة. وستراجع الممرضة التي تعطي اللقاح هذه المعلومات في يوم عيادة اللقاح.

نعم لا غير متأكد

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | هل سبق لطفلك أن تعرض لتفاعل تحسسي خطير لأي دواء أو طعام أو مكون من مكونات اللقاح أو الخميرة أو حليب نباتي؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | هل سبق لطفلك أن تعرض لتفاعل خطير بعد جرعة سابقة من لقاح Tdap/Td أو HPV أو لقاح المكورات السحائية في الماضي؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | هل عانى طفلك من غيبوبة أو انخفاض في مستوى الوعي أو نوبات طويلة أو متعددة في غضون 7 (سبعة) أيام بعد جرعة من لقاح DTP (الحناق والكزاز والسعال الديكي) أو DTaP (الدفتيريا والتيتانوس والسعال الديكي) أو Tdap/Td؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | هل يعاني طفلك من تاريخ من النوبات أو مشكلة أخرى في الجهاز العصبي؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | هل عانى طفلك من تورم موضعي شديد أو طفح جلدي بعد جرعة سابقة من لقاح DTP أو DTaP أو Tdap أو DT (الحناق والكزاز) أو TD (الكزاز والدفتيريا)؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | هل سبق لطفلك أن أصيب بمتلازمة غيلان باريه (GBS)؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، فاستشر طبيبك بشأن تلقي لقاح Tdap. (قد تكون هناك حاجة لملاحظة للاستمرار في بيئة المدرسة.) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | في العام الماضي، هل تلقى طفلك الجلوبيولين المناعي (جاما)، أو الدم/منتجات الدم، أو الأدوية المضادة للفيروسات؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | هل يعاني طفلك من مشكلة في جهاز المناعة مثل السرطان وسرطان الدم و HIV/AIDS (فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز)؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | خلال الـ 6 أشهر الماضية، هل تناول طفلك أدوية تؤثر على جهاز المناعة مثل الستيرويدات الأخرى، أو الأدوية المضادة للسرطان لعلاج التهاب المفاصل الروماتويدي أو مرض كرون أو الصدفية أو تلقي العلاج الإشعاعي؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | هل تلقى طفلك اللقاحات في الـ 4 أسابيع الماضية؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، فما اللقاح الذي تلقاه؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | هل الطفلة/المراهقة التي تتولى أمرها حامل؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، فلن تتلقى الطفلة/المراهقة التي تتولى أمرها لقاح HPV ولكن يمكنها تلقي اللقاحات الأخرى. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | هل شعر طفلك يوماً ما بالدوار أو الإغماء قبل أو أثناء أو بعد تلقي الجرعة؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | هل يعاني طفلك من القلق فيما يتعلق بالحصول على الجرعات؟ |



معلومات التأمين

يُرجى ملاحظة ما يلي: سيتم إعطاء اللقاحات إلى طفلك دون أي تكلفة عليك إذا كان طفلك مؤهلاً لبرنامج لقاحات الأطفال.

* التأمين*: يرجى الإجابة على ما يلي: هذه المعلومات مطلوبة لأغراض التمويل الفيدرالي للقاحات المقدمة من VFC (برنامج لقاحات الأطفال).

طفلي: () غير مؤمن عليه (غير مشمول بالتغطية بموجب تأمين خاص أو Medicaid أو Medicaid MCO أو FAMIS)

() من الهنود الأمريكيين أو من سكان الأسكا الأصليين

() لديه Medicaid MCO من خلال (ضع دائرة على خطتك): Anthem HealthKeepers Plus أو Sentara Community Care أو

Aetna Better Health أو United Healthcare Community Plan أو Molina Healthcare

رقم بطاقة هوية العضو كما هو موضح في بطاقتك: هل هذه خطة FAMIS؟ نعم لا

() لديه (ضع دائرة حول أحد الخيارات) Medicaid أو FAMIS التي لا تعد خطة MCO: معرف Medicaid _____

() لديه تأمين آخر غير مدرج أعلاه.

أفوض FCHD (وزارة الصحة بمقاطعة فيرفاكس) بإصدار السجلات اللازمة لدعم طلب الدفع عن طريق Medicare و Medicaid ومزايا الرعاية الصحية الأخرى. أطلب من الجهة الدافعة الخارجية دفع أي مزايا مصرّح بها إلى FCHD نيابة عني.

تاريخ التوقيع

توقيع العميل أو ولي الأمر/الوصي القانوني أو الشخص الذي يقوم مقام الأب أو الأم

الإذن بمشاركة سجلات تطعيمات الطلاب في سن المدرسة أفوض FCHD بنشر معلومات سجل تطعيمات طفلي إلى أنظمة المدرسة لغرض صريح هو تلبية متطلبات الالتحاق بالمدرسة.

تاريخ التوقيع

توقيع العميل أو ولي الأمر/الوصي القانوني أو الشخص الذي يقوم مقام الأب أو الأم

إخطار بالموافقة المعتبرة لإجراء اختبار فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) أو التهاب الكبد B أو C

FCHD مُطالبية بموجب البند § 32.1 - 45.1 من قانون Virginia (1950)، بصيغته المعدلة، بمنحك الإخطار التالي:

1. إذا كان يجب على أي من مهنيي الرعاية الصحية أو العمال أو الموظفين في FCHD أن يتعرضوا مباشرة لدمك أو سوائل جسمك بطريقة قد تنتقل المرض، فسيتم اختبار دمك للتأكد من عدم وجود عدوى بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، بالإضافة إلى فيروسات التهاب الكبد B و C. وسيقوم الطبيب أو مقدم الرعاية الصحية الآخر بإبلاغك بنتيجة الاختبار. بموجب قانون Va. البند § 32.1 - 45.1، تعتبر أنك وافقت على نشر نتائج الاختبار للشخص المعرض.

2. إذا تعرضت مباشرة لدم أو سوائل جسم أحد مهنيي الرعاية الصحية أو العمال أو الموظفين في FCHD بطريقة قد تنتقل المرض، فسيتم اختبار دم ذلك الشخص للتأكد من عدم وجود عدوى بفيروس نقص المناعة البشرية (فيروس "الإيدز")، بالإضافة إلى فيروسات التهاب الكبد B و C. وسيخبرك الطبيب أو مقدم الرعاية الصحية الآخر بنتيجة الاختبار.



الموافقة على التطعيم ضد أمراض TDAP/Td وHPV والمكورات السحائية ACWY

الموافقة على تطعيم Tdap/Td للطفل:

- نعم، لقد قرأت بيان معلومات التطعيم (VIS) لعام 2021 الخاص بلقاح Tdap/Td، وأتفهم المخاطر والفوائد، وأعطي الموافقة لوزارة الصحة وموظفيها المصرح لهم لكي يحصل طفلي المذكور في أعلى هذا النموذج على لقاح (جرعة) Tdap/Td.
- لا، لقد قررت في هذا الوقت رفض أو تأجيل الحصول على اللقاح (اللقاحات) الموصى به لطفلي، كما هو موضح أعلاه، عن طريق تحديد هذا المربع.

تاريخ التوقيع

توقيع العميل أو ولي الأمر/الوصي القانوني أو الشخص الذي يقوم مقام الأب أو الأم

الموافقة على تطعيم المكورات السحائية (MenACWY) للطفل:

- نعم، لقد قرأت بيان معلومات التطعيم (VIS) لعام 2021 الخاص بلقاح المكورات السحائية (MenACWY)، وأتفهم المخاطر والفوائد، وأعطي الموافقة لوزارة الصحة وموظفيها المصرح لهم لكي يحصل طفلي المذكور في أعلى هذا النموذج على لقاح (جرعة) المكورات السحائية ACWY.

يرجى ملاحظة ما يلي: سيتلقى طفلك جرعة واحدة قبل الالتحاق بالصف السابع وجرعة واحدة قبل الالتحاق بالصف الثاني عشر.

- لا، لقد قررت في هذا الوقت رفض أو تأجيل الحصول على لقاح MenACWY الموصى به لطفلي، كما هو موضح أعلاه، عن طريق تحديد هذا المربع.

تاريخ التوقيع

توقيع العميل أو ولي الأمر/الوصي القانوني أو الشخص الذي يقوم مقام الأب أو الأم

الموافقة على تطعيم HPV للطفل:

- نعم، لقد قرأت بيان معلومات التطعيم (VIS) لعام 2021 الخاص بلقاح HPV. وأتفهم المخاطر والفوائد، وأعطي الموافقة لوزارة الصحة وموظفيها المصرح لهم لكي يحصل طفلي المذكور في أعلى هذا النموذج على لقاح (جرعة) HPV.

يرجى ملاحظة ما يلي: قد يحتاج طفلك إلى 2 أو 3 جرعات حسب العمر.

- لا، لقد قررت في هذا الوقت رفض أو تأجيل الحصول على لقاح HPV الموصى به لطفلي، كما هو موضح أعلاه، عن طريق تحديد هذا المربع.

تاريخ التوقيع

توقيع ولي الأمر أو الوصي القانوني أو الشخص الذي يقوم مقام الأب أو الأم



ملخص إخطار ممارسات الخصوصية بقانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة (HIPAA)

تدرك مقاطعة Fairfax أهمية خصوصيتك. تتطلب القواعد الحكومية من وكالات مقاطعة Fairfax التي تقدم الخدمات الصحية لك حماية خصوصية سجلات رعايتك الصحية. تتضمن سجلاتك معلوماتك الشخصية التي يمكنها تحديد هويتك. سيكتب عامل الرعاية الصحية في سجلاتك معلومات عن صحتك ونوع العلاج الذي تلقينته أثناء رعايته لك. إذا أراد عامل الرعاية الصحية أن تحصل على المزيد من الخدمات، فستتم كتابة هذه المعلومات في السجل أيضًا.

لقد كانت سياستنا دائمًا هي الحفاظ على سجلاتك آمنة. نحن نتبع أقوى القوانين التي تحمي معلومات رعايتك الصحية. يصف هذا الملصق الحقوق التي تتمتع بها بموجب القاعدة الحكومية، قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة (HIPAA). يجب أن نعلمك كيف نتبع هذه القاعدة. تتغير القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية في بعض الأحيان. إذا تغيرت قواعد الحكومة، فإن مقاطعة Fairfax ووكالاتنا ومجالسنا ولجاننا تحتفظ بالحق في تغيير سياسات الخصوصية وأي من ممارسات الخصوصية لدينا في أي وقت. سيتم تطبيق هذه التغييرات على جميع سجلات الرعاية الصحية التي نحتفظ بها بشكل آمن لك.

ملخص لحقوق الخصوصية الخاصة بك:

- يمكنك أن تطلب منا الاتصال بك في العمل أو في المنزل. سنحاول متابعة جميع الطلبات المعقولة.
- لديك الحق في طلب نسخة من سجلك الطبي الإلكتروني. يمكنك الاطلاع على سجل رعايتك الصحية أو طلب نسخة من السجل الذي نحتفظ به بخصوصك. إذا كنا نعتقد أنه قد يكون لديك رد فعل سيئ تجاه بعض المحتوى الموجود في السجل، يمكننا أن نرفض.
- يمكنك الوصول إلى التقارير المخبرية مباشرة من المختبر الذي يجري الاختبار المعمل.
- إذا كنت تدفع مقابل خدمة أو أحد عناصر الرعاية الصحية بالكامل من جيبك، يمكنك أن تطلب منا عدم مشاركة تلك المعلومات لغرض الدفع أو عملياتنا مع شركة التأمين الصحي الخاصة بك. سنوافق على ذلك ما لم يتطلب القانون منا مشاركة هذه المعلومات.
- إذا كنت تعتقد أن هناك شيئًا خاطئًا أو مفقودًا في سجلك الصحي، يمكنك أن تطلب تغييره. لسنا مضطرين لإجراء التغيير، ولكننا سنعمل معك لإدراج مخاوفك.
- قد نحتاج إلى إظهار سجلك الصحي لأشخاص آخرين. قد يتطلب القانون منا مشاركة معلوماتك. لن نشارك معلوماتك إلا عندما يكون هناك سبب وجيه لفعل ذلك. إذا كنت لا تريد منا أن نشارك معلوماتك مع أشخاص معينين، يجب عليك إخبارنا بذلك. سنحاول اتباع تعليماتك، ولكن ليس علينا القيام بذلك طوال الوقت.
- يمكنك أن تطلب قائمة بجميع الأشخاص الذين شاركنا معلوماتك معهم. لن تتضمن هذه القائمة الأوقات التي شاركنا فيها معلوماتك مع العاملين الآخرين في مجال الرعاية الصحية حول علاجك أو دفع فاتورتك أو إدارة خدماتنا. لن تتضمن القائمة تلك الأوقات التي أعلنت فيها عن موافقتك على مشاركة معلوماتك الصحية.
- لمعرفة المزيد حول حقوقك وكيف يمكننا مشاركة معلوماتك، يمكنك طلب نسخة كاملة من إخطار ممارسات الخصوصية. يمكنك طلب هذا الإخطار في أي وقت. سيتم إعطاؤك واحدًا عندما تحصل على الخدمة الصحية منا.
- لديك الحق في أن يتم إخطارك في حالة اكتشافنا لانتهاك معلوماتك الصحية المحمية غير الآمنة.
- يمكنك أن ترسل لنا خطابًا أو بريدًا إلكترونيًا إذا كنت تعتقد أننا انتهكنا حقوق الخصوصية الخاصة بك. يمكن لمسؤول الامتثال لقانون HIPAA أو الإدارة الفيدرالية للصحة والخدمات الإنسانية مساعدتك في حل شكوك.

لمزيد من المعلومات حول برنامج الامتثال لقانون HIPAA في مقاطعة Fairfax، يرجى التواصل مع:

HIPAA Compliance Officer

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

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

تلتزم مقاطعة Fairfax بسياسة عدم التمييز في جميع برامج المقاطعة وخدماتها وأنشطتها وستوفر تسهيلات معقولة عند الطلب.

يرجى تحديد المربع إذا كنت ترغب في الحصول على نسخة من إخطار ممارسات الخصوصية الصادر عن وزارة الصحة بمقاطعة فيرفاكس