



County of Fairfax, Virginia

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

青少年疫苗接种同意书

(Tdap (减量破伤风白喉非细胞性百日咳混合疫苗) / Td (破伤风、减量白喉混合疫苗)、HPV (人乳头状瘤病毒)、脑膜炎球菌 ACWY (脑膜炎))

姓名: _____ 姓氏 名字 中间名

出生日期: _____ / _____ / _____ 年龄: _____ 性别: 男性 女性

如果为未成年人 - 家长/监护人姓名: _____ 姓氏 名字 中间名

地址: _____ 城市: _____ 邮编: _____

年级: _____ 学校: _____

重要家长/监护人电话号码 家庭: _____ 手机: _____ 工作: _____

紧急联系人: _____ 紧急联系人电话号码: _____
(如果不是户主)

仅供卫生局使用

VAMS ID (疫苗管理系统识别)号: _____

我的孩子在预定的疫苗接种诊所当天将年满 11 岁或以上: 是 否

请在以下所有问题中勾选是或否, 以确定您的孩子是否可以在学校接种所提供的疫苗。接种疫苗的护士将在疫苗诊所当天查看此信息。

是 否 不确定

	是	否	不确定
您的孩子是否曾对任何药物、食品、疫苗成分、酵母或乳胶产生严重过敏反应?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您的孩子过去是否曾对先前接种的 Tdap/Td、HPV 或脑膜炎球菌疫苗产生过严重反应?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您的孩子在接种一剂 DTP (百白破疫苗)、DTaP (无细胞百白破疫苗) 或 Tdap/Td 后 7 (七) 天内是否经历过昏迷、意识水平下降或者长时间或多次癫痫发作?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您的孩子有癫痫病史或其它神经系统问题吗?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您的孩子在上次接种一剂 DTP、DTaP、Tdap、DT (白破疫苗) 或 TD 后是否经历过严重的局部肿胀或皮疹?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您的孩子曾患有格林巴利综合症 (GBS) 吗? 如果是, 请咨询您医生有关接种 Tdap 疫苗的信息。(在学校环境中进行接种可能需要附注。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
在过去一年中, 您的孩子是否接受过免疫 (γ) 球蛋白、血液/血液制品或抗病毒药物?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您的孩子是否患有癌症、白血病、HIV (人类免疫缺陷病毒) / AIDS (艾滋病) 等免疫系统问题?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
在过去 6 个月内, 您的孩子是否服用过影响免疫系统的药物, 例如泼尼松或其它类固醇或抗癌药物; 是否服用过治疗类风湿性关节炎、克罗恩病或牛皮癣的药物, 或接受过放射治疗?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您的孩子在过去 4 周内是否接种过疫苗? 如果有, 他们接种了什么疫苗? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您的孩子/青少年是否怀孕? 如果是, 您的孩子/青少年将不会接种 HPV 疫苗, 但可以接种其它疫苗。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您的孩子在接种前、接种中或接种后是否曾感到头晕或晕厥?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您的孩子对接种疫苗感到焦虑吗?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



County of Fairfax, Virginia

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

保险信息

注意：如果您的孩子符合儿童疫苗计划的资格，我们将免费为您的孩子提供疫苗。

*** 保险*：**请回答以下问题：出于 VFC（合儿童疫苗计划）疫苗的联邦资助目的，需要此信息。

我的孩子： **没有保险**（不享受私人保险、Medicaid、Medicaid MCO（管理式护理组织）或 FAMIS（家庭医疗保险保障）承保）
 是美洲印第安人或 Alaska 原住民
 拥有 Medicaid MCO（圈出您的计划）： Sentara Community Care、Anthem HealthKeepers Plus、Molina Healthcare、United Healthcare Community Plan 或 Aetna Better Health
您卡上显示的会员 ID 号：_____ **这是 FAMIS 计划吗？** 是 否
 拥有（**圈出一项**）非 MCO 计划的 **Medicaid 或 FAMIS：Medicaid 号** _____
 拥有以上未列出的其它保险。

我授权 Fairfax County Health Department（Fairfax 县卫生局 (FCHD)）发布支持 Medicare、Medicaid 和其它医疗保健福利付款申请所需的记录。我请求第三方付款人代表我向 FCHD 支付任何授权福利。

客户、家长/法定监护人或代理家长签名

签署日期

分享学龄学生免疫记录授权书 出于符合入学要求的明确目的，我授权 Fairfax 县卫生局 (FCHD) 向学校系统发布我孩子的免疫记录信息。

客户、家长/法定监护人或代理家长签名

签署日期

视为同意进行 HIV、乙型或丙型肝炎检测的通知

根据经修订的《Virginia 法典》（1950 年）§ 32.1 - 45.1 的要求，FCHD 向您发出以下通知：

1. 如果任何 FCHD 医疗保健专业人员、工作人员或雇员以可能传播疾病的方式直接接触您的血液或体液，则将检测您的血液，以了解您是否感染人类免疫缺陷病毒 (HIV) 以及乙型和丙型肝炎。医生或其他医疗保健提供者会告诉您检测结果。根据《Virginia 法典》§ 32.1 - 45.1，您被视为已同意向暴露者发布检测结果。
2. 如果您以可能传播疾病的方式直接接触 FCHD 医疗保健专业人员、工作人员或雇员的血液或体液，则将检测此人员的血液，以了解其是否感染人类免疫缺陷病毒（“AIDS”病毒）以及乙型和丙型肝炎。医生或其他医疗保健提供者会告诉您此人的检测结果。



County of Fairfax, Virginia

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

TDAP/Td、HPV 和脑膜炎球菌 ACWY 接种同意书

儿童 Tdap/Td 疫苗接种同意书:

- 是, 我已阅读有关 Tdap/Td 疫苗的 2021 年疫苗接种信息声明 (VIS), 我了解风险和益处, 我同意卫生局及其授权工作人员为本表格顶部指定的我的孩子接种 Tdap/Td 疫苗 (注射)。
- 否, 此时通过选中此框, 我已决定**拒绝或推迟**接种为以上指明的我的孩子推荐的疫苗 (如上所述)。

客户、家长/法定监护人或代理家长签名

签署日期

儿童 (脑膜炎球菌) MenACWY 疫苗接种同意书:

是, 我已阅读有关 (脑膜炎球菌) MenACWY 疫苗的 2021 年疫苗接种信息声明 (VIS), 我了解风险和益处, 我同意卫生局及其授权工作人员为本表格顶部指定的我的孩子接种脑膜炎球菌 ACWY 疫苗。

请注意: 您的孩子将在进入 7 年级之前接种一剂, 在进入 12 年级之前再接种一剂。

否, 此时通过选中此框, 我已决定**拒绝或推迟**接种为以上指明的我的孩子推荐的 MenACWY 疫苗 (如上所述)。

客户、家长/法定监护人或代理家长签名

签署日期

儿童 HPV 疫苗接种同意书:

是, 我已阅读有关 HPV 疫苗的 2021 年疫苗接种信息声明 (VIS)。我了解风险和益处, 我同意卫生局及其授权工作人员为本表格顶部指定的我的孩子接种 HPV 疫苗 (注射)。

请注意: 根据年龄, 您的孩子可能需要接种 2 或 3 剂。

否, 此时通过选中此框, 我已决定**拒绝或推迟**接种为以上指明的我的孩子推荐的 HPV 疫苗 (如上所述)。

家长、法定监护人或代理家长签名

签署日期



County of Fairfax, Virginia

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

HIPAA 隐私惯例通知摘要

Fairfax 县了解您的隐私非常重要。政府规定要求为您提供医疗服务的 Fairfax 县机构保护您医疗保健记录的隐私。您的记录包哈可以识别您身份的个人信息。医疗保健工作人员将在您的记录中写入有关您的健康状况以及在您照顾您期间您接受的治疗的信息。如果医疗保健工作人员希望您获得更多服务，则此信息也会写入该记录中。

我们的政策始终是保护您的记录。我们遵循最严格的法律来保护您的医疗保健信息。本海报说明了根据政府规定《健康保险流通与责任法案》(HIPAA) 您享有的权利。我们必须让您知道我们如何遵守该规定。有时联邦和州法律会发生变化。如果政府规定发生变化，Fairfax 县和我们的机构、董事会和委员会保留随时更改我们隐私政策和任何隐私惯例的权利。这些更改将适用于我们为您保护的所有医疗保健记录。

您的隐私权摘要：

- 您可以要求我们在工作地点或家里与您联系。我们将尽力满足所有合理的要求。
- 您有权索取您的电子病历副本。您可以查看您的医疗保健记录或索取我们保留的有关您的记录的副本。如果我们认为您可能对记录中的某些内容不良反应，我们可以拒绝。
- 您可以直接从执行实验室检测的实验室获取实验室报告。
- 如果您全额自付服务或医疗保健项目的费用，您可以要求我们不要出于付款目的或我们的运营的目的与您的健康保险公司分享该信息。我们会同意您的要求，除非法律要求我们分享该信息。
- 如果您认为您的健康记录有错误或缺失，您可以要求对其进行更改。我们并非必须进行此更改，但我们将与您一起解决您的疑虑。
- 我们可能需要向其他人出示您的健康记录。法律可能要求我们分享您的信息。我们只会在有充分理由的情况下分享您的信息。如果您不希望我们与某些人分享您的信息，您必须告知我们。我们将尽力遵循您的指示，但我们并非必须始终如此。
- 您可以索取我们与之分享您信息的所有人员的名单。此名单将不包括我们与其他医疗保健工作人员分享有关您的治疗、账单支付或我们的服务管理信息的次数。此名单将不包括您表示同意分享您的健康信息的次数。
- 要了解有关您的权利以及我们如何分享您信息的更多信息，您可以索取隐私惯例通知的完整副本。您可以随时索取此通知。当您从我们这里获得医疗保健服务时，我们会为您提供一份。
- 您有权在我们发现有违规使用您受保护健康信息的情况时收到通知。
- 如果您认为我们侵犯了您的隐私权，您可以给我们写信或发送电子邮件。我们的 HIPAA 合规官或 Federal Department of Health and Human Services（联邦卫生与公众服务部）可以帮助您处理您的投诉。

有关 Fairfax 县 HIPAA 合规计划的更多信息，请联系：

HIPAA 合规官

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

电话：(703) 324-4136 | TTY（文字电话）：(703) 968-0217 | 网站：www.fairfaxcounty.gov/hipaa

Fairfax 县承诺遵守在所有县级项目、服务和活动中不存在基于残疾的歧视政策，并将根据要求提供合理的便利设施。

如果您希望收到 Fairfax 县卫生局隐私惯例通知的副本，请选中此框。