COVID Vaccine Intake Consent Form 코로나 바이러스 백신 접종 동의서

CVS Pharmacy Version 3

환자 정보 (Patient Information)

성	이름	생년월일	성별
주소	도시	주	우편번호(Zip)
주치의 (PCP) 이름	PCP 전화번호	PCP 팩스번호	
PCP 주소	도시	주	우편번호(Zip)

장기요양시설의 거주자 ◯나 직원◯입니까? Are you a resident of a Long Term Care facility or an employee/staff

이번 백신접종이 1 차◯혹은 2 차◯ 접종입니까? Is this the patient's first or second dose of the COVID-19 vaccination

보험 정보 Medical Insurance (진료소에서 보험카드 사본을 보관하도록 해 주세요)

*** 필수사항**

처방약 보험: ◯예 ◯아니오

Prescription Insurance *보험 가입자이십니까? (*Are you the primary cardholder?) ***아니라면,** 가입자의 생년월일을 적어주 시길 바랍니다

* 처방약 보험 이름	* Cardholder ID 카드소지자 #	*RX Group 처방그룹 ID	*BIN	*PCN

메디케어 (Medicare):

◯ 예 ◯아니오

*나이가 65 세 이상이거나 메디케어 자격이 됩니까?

*메디케어 파트 A/B ID 번호 (MBI) Note: MBI 는 모든 65 세 이상 또는 메디케어 수혜자에게 요구됩니다. 메디케어 (레드,블루,화이트) 카드를 참고하시길 바랍니다

의료보험:

Medical Insurance	*의료보험 제공자 Provider	*가입자 Cardholder ID #	*Group ID	*납부(지불)자 Payor ID

◯예 ◯아니오

* 본인이 가입자이십니까? ***만약에 아니시라면,** 보험 가입자의 생년월일을 적어주 시길 바랍니다

***보험이 없으시다면, 다음의 정보가 정확하고 진실된지 증명하기 위해 아래 박스안에 기입해 주세요.**

◯ 나는 메디케어, 메디케이드 또는 기타 사적보험이나 정부지원 건강수혜 플랜 등의 보험이 없습니다.

연방정부 보건자원서비국 (US Health Resources & Services Administration) 으로부터 비보험자를 위한 코비드 19 프로그램 (Covid19 Program for Uninsured Patients) 의 백신접종비용을 지원받기 위해 사회보장번호, 주정부 발급 ID(State ID) 또는 주정부 운전면허번호 (Driver's License) 를 알려주세요.

*사회보장번호(Social Security Number)	또는 주정부 ID 번호 와 발행된 주	또는 자동차 면허증 번호와 발행된 주

잠재적 금기사항 (Potential Contraindications)

	네	아니오	잘 모름
1. 오늘 몸이 아프십니까?	◯	◯	◯
2. 코로나 19 백신 접종한 적이 있습니까? 접종 하셨다면, 어느 회사의 백신을 맞으셨습니까? ◯ 화이자 Pfizer ◯ 모더나 Moderna 기타:	◯	◯	◯
3. 과거에 심각한 알러지 반응(예: 아나필락시스 과민반응)이 일어난 적이 있습니까? (예: 에피네프린이나 에피펜(*Epipen*)으로 치료를 받았을때 알러지 반응이나 병원에 갔어야 했나요?)	◯	◯	◯
코로나 백신을 맞고 난 이후에 심각한 알러지 반응이 일어난 적이 있습니까?	◯	◯	◯
다른 백신이나 주사용 의약품을 맞은 후, 심각한 알러지 반응을 보인적이 있습니까?	◯	◯	◯
폴리에틸렌 글라이콜(Polyethylene Glycol) 또는 폴리에틸렌 글라이콜(Polyethylene Glycol)이 함유되어 있는 제품 (변비약 또는 완화제)을 맞고 심각한 알러지 반응을 보인적이 있습니까?	◯	◯	◯
폴리소르베이트 (Polysorbate) 또는 폴리소르베이트 (Polysorbate)이 함유된 제품 (음식 유화제 또는 보존제로 사용되는 물질)을 맞고 심각한 알러지 반응을 보인적이 있습니까?	◯	◯	◯
4. 지난 14 일동안 어떤 종류든, 백신접종을 한 적이 있습니까?	◯	◯	◯
5. 지난 90 일동안 코로나 19 단일항체요법 (antibodies)또는 완치자혈장 (plasma)치료를 받았습니까?	◯	◯	◯

잠재적 고려사항 (Potential Considerations)

	네	아니오	잘 모름
6. 출혈성 장애가 있거나 혈액 희석제 (항응고제)를 복용하고 있습니까?	◯	◯	◯
7. (여성의 경우) 현재 임신 중이거나 모유수유 중입니까?	◯	◯	◯

동의: 나는 백신에 대한 정보를 제공받았고 patient fact sheet 은 본인이 접종하는 백신과 일치합니다. 나는 접종 받은 백신에 대한 정보를 읽어보았습니다. 나는 궁금한 질문에 대하여 물어 볼 기회가 있었고, 그 질문에 대한 만족스러운 답변을 받았습니다. 나는 백신에 대한 장단점을 이해하고 이후에 일어나는 결과에 대해 자발적으로 모든 책임을 집니다. 나는 백신 접종 후 백신 접종 장소에서 일어날 수 있는 모든 부작용 또는 경과를 확인하기 위해 15 분간 머물러야 한다는 것을 이해합니다. 나는 만약 부작용이 일어난다면 다음을 해야한다는 것을 압니다. (약국에 전화하기, 의사에게 연락하기, 911 에게 전화하기). 나는 본인 또는 이 요청을 하고 대리 동의를 제공할 권한이 있는 위에 작성된 사람에게 코로나 19 백신 접종을 투여할 것을 요청합니다. 비 보험자를 위한 코로나 19 프로그램을 이해합니다. 나의 요청에 의한 모든 기록을 공개 할 권한을 줍니다. 모든 금전이나 이익이 백신 제공자에게 전달 될 것을 요청합니다.

기록 공개: 본인은 본인의 건강 정보를 무료로 의사에게 공유하고 관련 백신 등록부, CVS(해당되는 경우), 1 차 진료의사/주치의(있다면) 보험 플랜, 병원, 그리고 주나 연방 등록소에 보고하는 등 기타 공중보건 목적을 위해 필요한 모든 정보 (의무기록, 청구 사본 및 항목별 청구서)의 공개에 동의합니다. 본인은 CVS 가 본인의 건강 정보를 CVS 개인 정보 보호 관행에 대한 통지 중 4 번째에 있는 항목을 충족하며 공유하고 드러내는 것 에 대하여 이해합니다. (사본은 약국, 온라인, 또는 종이 사본을 요청할 수 있다.

결제요청승인: 나는 CVS 약국이 정보를 공유하는 것과 결제를 요청하는 것을 승인합니다. 본인은 메디케어(Medicare), 메디케이드(Medicaid) 또는 HRSA 에 지불을 신청할 때 제공한 정보를 확인했습니다.

X

피 접종자의 서명 (또는 보호자, 대리인) **날짜**

만약 환자를 대신하여 서명 할 경우, 환자를 대신하여 동의서를 서명 할 것을 허가 받았다는 것을 증명해 주십시오.

보호자, 법적 대리인의 성명 **전화번호** **관계**

☞**CVS 약국 동의서 (Version 3)**를 **엘리베이트케어 양로원 한국부**에서 번역·정리함. Credit to Olivia Chung & Song.

원본 또는 자세한 내용은 CVS Omnicare 참고 (https://info.omnicare.com/rs/095-VIX-581/images/COVID%2019%20Vaccine%20Intake%20Fillable%20Consent%20Form.pdf)