

백신 접종을 받을 사람에 대한 정보 (인쇄체 작성)

의뢰인 신원 증명 라벨을 여기에 부착하십시오.

이름 _____ 생년월일 _____ 나이 _____ 성별: 여 ___ 남 ___
 성 이름 중간이름 머리글자 년/월/일
 주소 _____ 주 _____ 우편번호 _____
 상세주소 _____ 시 _____ 카운티 _____ 주 _____
 전화 (_____) _____ -- _____
 인종: (하나만 선택): ___흑인 ___백인 ___아시아인 ___기타 ___알수없음
 민족: (하나만 선택): ___멕시코인 ___푸에르토리코인 ___쿠바인 ___기타 히스패닉 ___비히스패닉 ___아랍인 ___기타

각 질문에 대해 귀하에게 해당하는 대답에 체크 표시(✓) 하십시오.	예	아니오
1. 백신 접종을 받을 사람이 지난 28일 동안에 인플루엔자 A (H1N1) 백신 접종을 받은 적이 있습니까?		
2. 백신 접종을 받을 사람이 라텍스에 민감하거나 알레르기가 있습니까?		
3. 백신 접종을 받을 사람이 길랑-바레(Guillain-Barré) 증후군 내력이 있습니까?		
4. 백신 접종을 받을 사람이 열 또는 기타 감염 증세가 나타나는 질병이 있습니까?		
5. 백신 접종을 받을 사람이 발진 또는 호흡 곤란과 같은 심각한 계란 알레르기가 있습니까?		
6. 백신 접종을 받을 사람이 인플루엔자 백신 접종에 심각한 반응을 보였던 적이 있습니까?		
7. 백신 접종을 받을 사람이 티메로살에 민감하거나 알레르기가 있습니까?		
8. 백신 접종을 받을 사람이 6개월 미만의 유아를 돌보거나 함께 살고 있습니까?		
9. 백신 접종을 받을 사람의 나이가 6개월에서 24살 사이입니까?		
10. 백신 접종을 받을 사람이 천식, 만성 폐색성 폐질환(COPD), 당뇨, 신장, 간 또는 심장 질환 등과 같은 만성적 의료 문제가 있습니까?		
11. 백신 접종을 받을 사람이 임신중입니까?		
12. 백신 접종을 받을 사람이 24개월(2세) 이하의 유아입니까?		
13. 백신 접종을 받을 사람이 50세 이상입니까?		
14. 백신 접종을 받을 사람이 지난 28일 동안에 인플루엔자 A (H1N1), 플루 미스트(FluMist), MMR(홍역, 유행성이하선염, 풍진) 또는 수두(작은 마마)와 같은 바이러스 생백신(live vaccines)을 접종받았습니까?		
15. 백신 접종을 받을 사람이 감염 접촉을 더 쉽게 만드는 약한 면역 체계(예: 암, 림프종, 백혈병, HIV/AIDS, 낭창 등)를 가지고 있습니까?		
16. 백신 접종을 받을 사람이 아스피린이 함유된 치료를 받고 있습니까?		
17. 백신 접종을 받을 사람이 호흡 또는 삼킴 문제를 일으킬 수 있는 뇌성 마비와 같은 활성 근육 또는 신경 계통 질환이 있습니까?		
18. 백신 접종을 받을 사람이 젠타마이신, 젤라틴 또는 아르기닌 알레르기가 있습니까?		
19. 백신 접종을 받을 사람이 백신 접종 전 48시간 내에 항바이러스 약을 복용할 예정입니까?		
20. 백신 접종을 받을 사람이 꿀수 이식 병동과 같은 보호된 환경에서 관리가 필요한 면역 체계가 심하게 약한 사람과 가까이 접촉합니까?		

본인은 인플루엔자 A (H1N1) 예방접종 생백신과 인플루엔자 A (H1N1) 불활성 백신에 대한 백신 정보 설명서(Vaccine Information Statements, VIS)를 읽었거나 본인에게 설명한 이 백신에 대한 정보를 이미 알고 있습니다. 본인은 본인이 만족할 답변을 얻을 때까지 질문할 수 있는 기회를 가졌으며 본인이 인플루엔자 A (H1N1) 백신의 이로운점과 위험을 이해한다고 믿습니다. 본인은 백신 접종 의사가 위 질문에 대한 본인의 응답에 근거하여, 접종할 인플루엔자 A (H1N1) 백신의 종류를 결정함을 이해합니다. 본인은 본인 또는 백신 접종을 요청할 권한이 본인에게 있는 본 양식에 기명된 사람에게 백신을 접종할 것을 동의하고 요청합니다. 본인은 Cook County Department of Public Health(CCDPH) 및 백신을 투여하는 학교 또는 데이케어 센터가 본 백신 접종 기록을 보관하도록 허가하며 또한 이러한 조치가 관련 법률에 의해 허가된 사용을 위해 본 양식을 CCDPH에 공개하도록 허가합니다. 본인은 CCDPH의 사적 정보 보호 규칙 통지서를 받았음을 인정합니다.

백신 접종을 받는 사람 _____ 본인
 _____ (인쇄체 기입)과의 관계:(하나만 선택) 백신 접종을 받는 _____ 부모/보호자
 사람 또는 백신 접종 요청을 대신 하도록 권한을 받은 사람의 서명: _____ 기타

X _____ 날짜: _____

진료소 사용란

Comments: _____

Date Vaccinated	VIS Date	Manufacturer and Lot #	Site of Administration		Signature of Vaccine Administrator
			LD=Left deltoid	RD=Right deltoid	
			LT=Left thigh	RT = Right thigh	