



MŨI CÚM MIỄN PHÍ TẠI TRƯỜNG

XIN LẬT QUA TRANG SAU ĐỂ KÝ TÊN VÀO GIẤY CHẤP THUẬN



In Partnership with:

Alameda County Public Health Department | California Department of Public Health | Oakland Unified School District

CÁCH THỨC XIN MŨI CÚM MIỄN PHÍ CHO CON EM QUÝ VỊ:

- 1 Xin đọc tất cả các thông tin trên trang này.
- 2 Xin trả lời **tất cả** các câu hỏi ở **mặt sau** của mẫu chấp thuận này. **Vui lòng điền vào một mẫu cho mỗi học sinh.**
- 3 Xin quý vị **ký tên** vào cuối trang của mẫu chấp thuận.
- 4 Xin gửi ngay mẫu này đến trường của con em quý vị.
- 5 Cho trẻ biết rằng năm nay **chỉ có mũi cúm** và không phải thuốc xịt mũi.

CHÚNG NGỪA BỆNH CÚM GIÚP CHO MỌI NGƯỜI ĐƯỢC KHỎE MẠNH TRONG SUỐT MÙA CÚM.

- Bệnh cúm là một bệnh nghiêm trọng vì thế các bác sĩ nhi khoa khuyên tất cả trẻ em nên chủng ngừa cúm hàng năm.
- Nghiên cứu cho thấy khi trẻ em được chủng ngừa, các em sẽ ít nghỉ học hơn.
- Khi nhiều trẻ em và người lớn được chủng ngừa cúm, việc này sẽ giúp mọi người khỏe mạnh hơn vì bệnh cúm sẽ bớt lây lan trong cộng đồng chúng ta.

CHÚNG NGỪA LÀ AN TOÀN, DỄ DÀNG VÀ THUẬN TIỆN.

- Chủng ngừa cúm sẽ do các y tá được đào tạo và sinh viên điều dưỡng được giám sát thực hiện trong giờ học tại trường.
- Thuốc chủng ngừa cúm do Sở Y Tế Công Cộng của Hạt Alameda cung cấp. Thuốc chủng ngừa cũng giống loại thuốc mà con em của quý vị nhận được từ bác sĩ hoặc phòng khám thông thường của quý vị.
- Không thu phí – **Chủng ngừa MIỄN PHÍ.**

VIỆC THAM GIA LÀ TÙY Ý và không bắt buộc phải chủng ngừa cúm để được nhập học. Chỉ có những học sinh có mẫu chấp thuận điền đầy đủ mới được chủng ngừa.

LỢI ÍCH VÀ NGUY CƠ.

Có các lợi ích và nguy cơ khi tiêm vắc-xin cúm.

- Lợi ích bao gồm: Vắc-xin có thể giúp quý vị không bị cúm, khiến bệnh cúm nhẹ hơn nếu quý vị bị ốm, và bảo vệ mọi người xung quanh quý vị.
- Nguy cơ bao gồm: phản ứng và tác dụng phụ từ nhẹ đến nặng như đau tại chỗ tiêm, sốt và đau nhức.

Một số người không nên tiêm vắc-xin cúm như những người đã từng bị phản ứng nghiêm trọng/đe dọa tính mạng sau khi nhận bất kỳ vắc-xin hoặc có tiền sử mắc Hội chứng Guillain-Barré (GBS).

Xem lại **Bản Công bố Thông tin Thuốc Chủng ngừa (VIS)** để biết thêm thông tin về vắc-xin cúm, lợi ích, nguy cơ và tác dụng phụ, có sẵn tại shootheflu.org/consent và bằng bản cứng ở trường của con em quý vị và sở y tế.

Thông lệ của Sở Y Tế Công Cộng Hạt Alameda (ACPHD) về Quyền Riêng Tư: Thông tin sức khỏe của quý vị được giữ kín và được luật pháp bảo vệ. Trách nhiệm của chúng tôi là bảo vệ thông tin theo yêu cầu của luật và cung cấp cho quý vị Thông Báo về Thông lệ về Quyền Riêng Tư. Quý vị có thể tìm xem một bản đầy đủ tại shootheflu.org/consent, yêu cầu một bản sao từ ACPHD, hoặc xem tại trường vào Ngày Chủng ngừa.

Sổ Ghi danh Chủng ngừa của Tiểu bang California (CAIR) là một hệ thống máy tính an toàn và bảo mật được Sở Y tế Công cộng California điều hành giúp lưu giữ sẵn thông tin chủng ngừa cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, bao gồm cả nhiều bác sĩ nhi tại địa phương. ACPHD sẽ đưa thông tin về chủng ngừa cúm của con em quý vị vào CAIR dưới sự cho phép của luật pháp Tiểu bang California. Để tìm hiểu thêm về CAIR, hãy truy cập cairweb.org. Đánh dấu vào ô này nếu quý vị KHÔNG muốn việc chủng ngừa cúm của con em mình được chia sẻ với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sử dụng CAIR.

Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, cần bản sao của VIS hoặc Thông báo về Thông lệ về Quyền riêng tư, hoặc cần giúp điền vào mẫu này, vui lòng liên lạc với Chương trình Chủng Ngừa của Sở Y Tế Công Cộng Hạt Alameda (Alameda County Public Health Department Immunization Program)

theo số Điện thoại 510-267-3230 hoặc truy cập ShootheFlu.org





MẪU CHẤP THUẬN MŨI CÚM

mỗi học sinh một mẫu

CẬP NHẬT QUAN TRỌNG: Do thay đổi các khuyến cáo quốc gia gần đây, vắc-xin xịt mũi (FluMist) **không** có sẵn trong năm nay tại phòng khám của bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thông qua Shoo the Flu. Năm nay chỉ có mũi cúm. Để biết thêm thông tin, vui lòng truy cập: cdc.gov/flu.

THÔNG TIN CỦA HỌC SINH

Tên Học sinh (Tên) _____ (Họ) _____

Địa chỉ Nhà _____ Mã Bưu Chính _____

Tháng _____ Ngày _____ Năm _____ Giới tính của Học sinh: Nam Nữ

Ngày sinh của Học sinh _____ Tuổi _____

Tên Trường _____ Giáo viên/Phòng số _____ Lớp _____

Email của phụ huynh/người giám hộ _____ Điện thoại # _____

Tên Mẹ _____ Tên mẹ được sử dụng để giúp nhận dạng học sinh trong CAIR. Để biết thêm thông tin về CAIR, xem mặt sau.

Chúng tôi có thể liên lạc với quý vị để nhận phản hồi về cách thức cải tiến chương trình này không? Có Không

BẢO HIỂM SỨC KHỎE CỦA HỌC SINH

Thuốc chủng ngừa này là miễn phí, tên của quý vị sẽ không được kết nối với thông tin này và chúng tôi sẽ **không** đòi tiền công ty bảo hiểm của quý vị.

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alameda Alliance—Medi-Cal | <input type="checkbox"/> Blue Cross—Medi-Cal | <input type="checkbox"/> Kaiser—Medi-Cal | <input type="checkbox"/> Không có bảo hiểm |
| <input type="checkbox"/> United Health Care | <input type="checkbox"/> Blue Cross—tư nhân | <input type="checkbox"/> Kaiser—tư nhân | <input type="checkbox"/> Cigna |
| <input type="checkbox"/> Blue Shield | <input type="checkbox"/> Health Net | <input type="checkbox"/> Aetna | <input type="checkbox"/> Khác: _____ |

CHUNG TỘC HOẶC DÂN TỘC CỦA HỌC SINH (chọn tất cả câu trả lời áp dụng)

Chúng tôi hỏi câu hỏi này để giúp chúng tôi đảm bảo việc tham gia vào chương trình một cách bình đẳng.

- | | | |
|-----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Châu Á | <input type="checkbox"/> Mỹ Da Đỏ hoặc Thổ dân Alaska | <input type="checkbox"/> Mỹ da đen hoặc gốc Phi |
| <input type="checkbox"/> Da trắng | <input type="checkbox"/> Thổ dân Hawaiian hoặc Người dân Đảo Thái Bình Dương Khác | <input type="checkbox"/> Gốc Tây Ban Nha hoặc Latinh |

CÂU HỎI VỀ TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE - QUÝ VỊ PHẢI TRẢ LỜI MỌI CÂU HỎI

- Con em của quý vị có bị dị ứng với latex không? Có Không
- Con em của quý vị có bị dị ứng với trứng không? Có Không
- Con em của quý vị có bao giờ bị phản ứng nghiêm trọng với bất kỳ loại thuốc chủng ngừa nào không? Có Không
- Con em của quý vị có bao giờ mắc chứng bệnh yếu cơ nghiêm trọng gọi là Gullain-Barré Syndrome không? Có Không

CHỮ KÝ VÀ CHẤP THUẬN

Khi tôi (là Cha/Mẹ/Người Giám hộ) ký tên dưới đây, có nghĩa là những điều này:

- Tôi cho phép học sinh có tên ghi trong mẫu này nhận **mũi cúm tại trường**.
- Tôi đã đọc hoặc đã được giải thích về Bản Công bố Thông tin Thuốc Chủng ngừa (VIS) Cúm hiện tại và hiểu các lợi ích và rủi ro của vắc-xin cúm.
- Tôi đã đọc hoặc nhận được bản sao Thông Báo về Thông lệ về Quyền Riêng Tư của Sở Y tế Công cộng Hạt Alameda

Phụ huynh/người giám hộ ký ở đây _____

Ngày _____

Tên viết theo kiểu chữ in _____

Quan hệ với học sinh:

- | | | |
|--------------------------------------|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Mẹ | <input type="checkbox"/> Cha | <input type="checkbox"/> Người Giám hộ hợp pháp |
| <input type="checkbox"/> Khác: _____ | | |

XIN LẬT SANG TRANG SAU ĐỂ XEM HƯỚNG DẪN >>>