



CHÚNG NGỪA 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 | Local School Districts

CÁCH THỨC XIN CHÚNG NGỪA 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.

LAN TỎA NIỀM VUI, ĐỪNG LAN TRUYỀN BỆNH CÚM.

- Bệnh cúm là một bệnh nghiêm trọng vì thế các bác sĩ nhi khoa khuyến 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. Phụ huynh/người giám hộ cũng ít phải nghỉ làm hơn.
- Khi trẻ em được chủng ngừa cúm, việc đó cũng giúp bảo vệ những người xung quanh các em, bao gồm cả trẻ sơ sinh và người già.

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 do sở y tế 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.
- Đây là dịch vụ **MIỄN PHÍ** cho người tham gia.

VIỆC THAM GIA LÀ TÙY Ý. Nếu quý vị muốn con mình được chích vắc-xin cúm tại trường, hãy điền mẫu chấp thuận này. Ngay cả khi quý vị đã điền mẫu chấp thuận, nhưng học sinh nào bị kháng thuốc thì có thể không được chích vắc-xin.

LỢI ÍCH VÀ NGUY CƠ.

- Lợi ích bao gồm: Vắc-xin có thể giúp học sinh không bị cúm và khiến bệnh cúm nhẹ hơn nếu các em mắc phải.
- Nguy cơ bao gồm: phản ứng và tác dụng phụ từ nhẹ đến nặng như đau tại chỗ tiêm, sốt và đau nhức.

Học sinh không nên chủng ngừa cúm nếu đã từng bị phản ứng nghiêm trọng/đe dọa tính mạng sau khi nhận bất kỳ vắc-xin nào hoặc có tiền sử mắc Hội chứng Guillain Barre (GBS).

Xem lại Bản Công bố Thông tin Thuốc Chủng ngừa (Vaccine Information Statement, VIS) để biết thêm thông tin - được cung cấp tại trường của học sinh, sở y tế và tại shootheflu.org/consent

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 CHỨNG NGỪA MŨI CÚM

**** MỖI HỌC SINH MỘT MẪU ****

THÔNG TIN CỦA HỌC SINH

Tên của Học sinh

Họ của Học sinh

Ngày sinh của Học sinh

Tháng

Ngày

Năm

Tuổi

Giới tính của Học sinh: Nam Nữ

Địa chỉ Nhà

Mã Bưu Chính

Tên Trường

Giáo viên/Phòng số

Lớp

Email của phụ huynh/người giám hộ

Số 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

Đây là dịch vụ miễn phí. Công ty bảo hiểm y tế của quý vị có thể hỗ trợ trả chi phí chủng ngừa cho học sinh, nhưng quý vị sẽ không phải chịu phí.

Số Bảo hiểm Y tế

Alameda Alliance—Medi-Cal

Blue Cross—Medi-Cal

Kaiser—Medi-Cal

Không có bảo hiểm

United Health Care

Blue Cross—tư nhân

Kaiser—tư nhân

Cigna

Blue Shield

Health Net

Aetna

Khác: _____

CHUNG TỘC HOẶC DÂN TỘC CỦA HỌC SINH (Chọn tất cả câu trả lời phù hợp)

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

Châu Á Mỹ Da Đỏ hoặc Thổ dân Alaska

Mỹ da đen hoặc gốc Phi

Da trắng Thổ dân Hawaii hoặc Người dân Đảo Thái Bình Dương Khác

Gốc Tây Ban Nha hoặc Latinh

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

① Con em của quý vị có bị dị ứng với latex không? Có Không

② Con em của quý vị có bị dị ứng với trứng không? Có Không

③ Con em của quý vị có bao giờ bị phản ứng nghiêm trọng với bất kỳ loại chủng ngừa nào không? Có Không

④ 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 (BẮT BUỘC)

Ngày

Tên viết theo kiểu chữ in

Quan hệ với học sinh:

Mẹ Cha Người Giám hộ hợp pháp

Khác: _____

Xin lật sang trang sau để xem hướng dẫn