



## 로스앤젤레스 카운티 공중보건국 신종플루(H1N1) 예방접종 양식 안내서

**신종플루 백신 접종 자격조건:** 아래에 해당 되시는 분들은 신종플루(H1N1) 백신을 맞아야 합니다.

- 임산부
- 생후 6 개월 미만의 아기와 함께 살거나 아기를 돌보시는 분
- 의료계 또는 응급 의료 서비스 종사자
- 생후 6 개월에서 24 세 사이에 해당하는 분
- 만성질환을 앓고 있거나 면역체계가 약화된 25 세에서 64 세 사이에 해당하시는 분

위 조건에 해당 되시는 분들은 신종플루의 감염 또는 합병증에 걸릴 위험이 가장 높기 때문에 신종플루 백신을 제일 우선적으로 제공 받게 될 것입니다. 위 조건에 해당되지 않는 분들은 신종플루 백신접종이 늦가을경에나 가능할 예정입니다.

백신 접종 유 자격자는 예방접종 장소에 도착하기 전에 신종플루(H1N1) 예방접종 서식을 미리 작성한 후 가지고 오시기 바랍니다.

### 선택 1: 서식을 컴퓨터로 작성:

- Adobe Acrobat Reader를 이용하여 서식을 다운로드 받아서 작성 하십시오( Adobe Acrobat Reader는 다음 주소에서 무료로 가능 합니다 <http://get.adobe.com/reader/>)
- 개인 정보란(Personal Information ) 만 작성하십시오
- 영어로 만 작성하셔야 합니다.
- 서식을 표준 크기(81/2 x11)의 하얀 종이에 인쇄하십시오.
- 작성한 서식을 지정 접종 진료소로 가지고 오십시오.  
(진료소 목록은 [www.lapublichealth.org](http://www.lapublichealth.org))

### 선택 2: 서식을 직접 작성:

- 서식을 다운로드 하여 표준 크기(81/2 x11)의 하얀 종이에 인쇄하십시오.
- 개인 정보란 (Personal Information)만 작성하십시오.
- 모든 필드에서 한 칸에 한 자씩 만 사용하여 영어로 작성하십시오.
- 작성한 서식을 지정 접종 진료소로 가지고 오십시오.  
(진료소 목록은 [www.lapublichealth.org](http://www.lapublichealth.org))



# Vaccination Form



부기에 나타낸 것처럼 활자체(영어는 대문자)로 분명하게 기재해 주십시오.

표시된 것처럼 원 안을 완전히 칠하십시오.

**EXAMPLE 123**

맞음 ● 틀림 ⊗ ⊙

**개인 정보** 가능한 한 모든 정보를 정확히 작성해 주십시오. 모든 정보는 철저히 기밀로 유지됩니다.

이름  성  중간 이니셜

번지수  길 이름  아파트 호수

도시  우편번호  카운티  LA  Other 주  CA  Other

전화번호  -  -  생년월일  /  /  연령(세)  1세 미만인 경우 개별 수를 기입하십시오

성별  남  여

인종/민족  아시아인  하와이 원주민/태평양 군도 원주민  히스패닉/라틴계  기타  
 흑인  아프리카계 미국인  아메리카 인디언/알래스카 원주민  백인

다음과 같은 의학적 상태를 갖고 있습니까?  
 심장, 폐, 신장, 간 또는 신경계 질병, 암, 천식, 당뇨, 혈관계 질병, 면역계 질병  예  아니오

현재 6 개월 미만의 아이를 돌보고 있거나 함께 살고 있습니까?  예  아니오

현재 임신 중이거나 임신했을 가능성이 있습니까?  예  아니오

미성년자의 경우 부모 또는 법적 보호자의 이름  본인은 제공된 약물치료/예방접종을 받는 데 동의합니다.  
 서명

**STOP - DO NOT WRITE BELOW THIS LINE**

	Seasonal LAIV	Seasonal TIV	Pan H1N1 Live	Pan H1N1 Inactivated	Screener
Contraindications?	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO	<input type="text"/>
Vaccine To Be Administered	Dose #: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2	Dose #: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2	Dose #: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2	Dose #: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2	

	Live	Inactivated	Dosage	Site	Manufacturer	Lot Number	Admin. by
<b>Seasonal</b> VIS 08/11/2009	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 0.25 mL <input type="radio"/> 0.50 mL <input type="radio"/> 0.2 mL	<input type="radio"/> RD <input type="radio"/> RT <input type="radio"/> LD <input type="radio"/> LT <input type="radio"/> Intranasal	<input type="radio"/> SP <input type="radio"/> Nov <input type="radio"/> GSK <input type="radio"/> CSL <input type="radio"/> MI	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Pan H1N1</b> VIS 10/02/2009	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 0.25 mL <input type="radio"/> 0.50 mL <input type="radio"/> 0.2 mL	<input type="radio"/> RD <input type="radio"/> RT <input type="radio"/> LD <input type="radio"/> LT <input type="radio"/> Intranasal	<input type="radio"/> SP <input type="radio"/> Nov <input type="radio"/> GSK <input type="radio"/> CSL <input type="radio"/> MI	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Date Administered  /  /  VFC PIN  Street Number of Site