



Sở Sức Khỏe Công Cộng Quận Los Angeles Hướng Dẫn Cách Điền Mẫu Chứng Ngừa H1N1



Tình Trạng Hội Đủ Điều Kiện Chứng Ngừa H1N1: Quý vị nên chủng ngừa H1N1 nếu quý vị...

- Đang Mang Thai
- Sống chung hoặc chăm sóc trẻ em dưới 6 tháng tuổi
- Làm việc trong ngành chăm sóc sức khỏe hoặc cung cấp dịch vụ cấp cứu y tế
- Từ 6 tháng tới 24 tuổi
- Có bệnh mãn tính hoặc có hệ miễn dịch bị suy yếu và ở độ tuổi từ 25 tới 64

Nếu hội đủ các điều kiện này, quý vị sẽ được ưu tiên nhận thuốc chủng ngừa H1N1 trước vì quý vị có nguy cơ mắc bệnh và gặp các biến chứng của bệnh cúm H1N1 cao nhất. Nếu quý vị không hội đủ các điều kiện nói trên, thuốc chủng ngừa H1N1 có thể có sẵn cho quý vị vào cuối mùa thu.

Nếu quý vị hội đủ điều kiện được chủng ngừa, quý vị có thể điền Mẫu Chứng Ngừa H1N1 trước khi tới địa điểm chủng ngừa.

Lựa Chọn 1: Điền Mẫu Chứng Ngừa Trên Mạng Điện Toán:

- Tải xuống và điền mẫu chủng ngừa trên mạng điện tử bằng cách sử dụng chương trình Adobe Acrobat Reader (có thể tải xuống miễn phí tại <http://get.adobe.com/reader/>)
- Chỉ điền 'Mục Thông Tin Cá Nhân (Personal Information Section)'
- Chỉ điền bằng tiếng Anh
- In mẫu trên giấy trắng kích thước (8 ½ x 11)
- Mang theo mẫu điền cùng với quý vị tới y viện qui định (để biết danh sách các y viện, xin tới trang mạng điện toán www.lapublichealth.org)

Lựa Chọn 2: Điền Bằng Tay:

- Download và in hình thức trên giấy trắng kích thước. (8 ½ x 11)
- Chỉ điền 'Mục Thông Tin Cá Nhân (Personal Information Section)'
- Chỉ điền bằng tiếng Anh bằng cách sử dụng một ô cho mỗi chữ cái trong tất cả các ô điền
- Mang theo mẫu điền cùng với quý vị tới y viện qui định (để biết danh sách các y viện, xin tới trang mạng điện toán www.lapublichealth.org)



Vaccination Form



Vui lòng viết gọn gàng bằng chữ in hoa như là ví dụ mẫu.

Vui lòng bôi mờ hoàn toàn vòng tròn như hiển thị.

EXAMPLE 123

Đúng Không đúng

Thông tin Cá nhân Cung cấp thông tin đầy đủ nhất có thể. Tất cả thông tin đều được bảo mật.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|--|--|--|---|--|---|--|
| Tên | | | | Ho | | | | | | | | | | | | Tên Lót | |
| Số Nhà | | | | Tên Đường phố | | | | | | | | | | | | Số Căn hộ | |
| Thành phố | | | | | | | | | | Mã Zip | | | | Hạt | | Tiểu bang | |
| | | | | | | | | | | | | | | <input type="radio"/> LA <input type="radio"/> Other | | <input type="radio"/> CA <input type="radio"/> Other | |
| Số Điện thoại | | | | Ngày Sinh | | | | | | Tuổi | | | | Nếu dưới 1 tuổi, thì ghi tháng tuổi | | | |
| | | | | M M / D D / Y Y Y Y | | | | | | | | | | | | | |
| Giới tính | | | | Nam <input type="radio"/> Nữ <input type="radio"/> | | | | | | | | | | | | | |
| Chủng tộc/Sắc tộc | | | | <input type="radio"/> Người Châu Á <input type="radio"/> Người Da đen <input type="radio"/> Người Mỹ gốc Phi <input type="radio"/> Người Bản xứ Hawaii/ <input type="radio"/> Người Đảo Thái Bình Dương <input type="radio"/> Người Mỹ Da đỏ/Người Bản xứ Alaska <input type="radio"/> Người Hispanic/ <input type="radio"/> Latinh <input type="radio"/> Người Da trắng <input type="radio"/> Khác | | | | | | | | | | | | | |
| Có bất kỳ bệnh nào sau đây không? Bệnh tim, phổi, thận, gan hoặc thần kinh; ung thư; hen suyễn; tiểu đường; rối loạn máu; rối loạn hệ miễn dịch; | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không | |
| Quý vị có chăm sóc hoặc sống trong hộ gia đình có trẻ em dưới 6 tháng tuổi không? | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không | |
| Quý vị có đang mang thai hoặc nghĩ là mình có thể mang thai không? | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không | |
| Nếu là vị thành niên, hãy ghi tên cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp | | | | | | | | Tôi đồng ý với thời gian dùng thuốc/vắc-xin được cung cấp. | | | | | | | | | |
| Chữ ký | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 | <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: auto;"></div> |
| 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 | |
| Seasonal | Live <input type="radio"/> Inactivated <input type="radio"/> Dosage: <input type="radio"/> 0.25 mL <input type="radio"/> 0.50 mL <input type="radio"/> 0.2 mL | Site: <input type="radio"/> RD <input type="radio"/> RT <input type="radio"/> LD <input type="radio"/> LT <input type="radio"/> Intranasal | Manufacturer <input type="radio"/> SP <input type="radio"/> Nov <input type="radio"/> GSK <input type="radio"/> CSL <input type="radio"/> MI | | Admin. by <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: auto;"></div> |
| | VIS 08/11/2009 | Lot Number <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> | | | |
| Pan H1N1 | Live <input type="radio"/> Inactivated <input type="radio"/> Dosage: <input type="radio"/> 0.25 mL <input type="radio"/> 0.50 mL <input type="radio"/> 0.2 mL | Site: <input type="radio"/> RD <input type="radio"/> RT <input type="radio"/> LD <input type="radio"/> LT <input type="radio"/> Intranasal | Manufacturer <input type="radio"/> SP <input type="radio"/> Nov <input type="radio"/> GSK <input type="radio"/> CSL <input type="radio"/> MI | | Admin. by <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: auto;"></div> |
| | VIS 10/02/2009 | Lot Number <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> | | | |
| Date Administered | | VFC PIN | | Street Number of Site | |
| M M / D D / Y Y Y Y | | [] [] [] [] [] [] | | [] [] [] [] [] [] | |