



SOUTH COVE COMMUNITY HEALTH CENTER

疫苗接种同意书

第一部分：病人资料

病人姓名:	出生日期:
地址:	电话号码:
城市:	州 / 邮政编码:

第二部分：疫苗接种同意

本人同意华人医务中心为本人子女提供疫苗接种服务。

学校规定接种疫苗：以下疫苗为马萨诸塞州学生入学所需接种的疫苗，包括但不限于：白喉/破伤风/百日咳疫苗，小儿麻痹疫苗，乙型肝炎疫苗，麻疹/腮腺炎/风疹疫苗，水痘疫苗，以及脑膜炎球菌疫苗。完整疫苗接种要求请参阅：mass.gov/immunizationrequirements。

建议接种疫苗：本中心医护人员亦可能依据您子女的年龄及健康状况，建议接种以下疫苗：新冠肺炎疫苗，流感疫苗，人类乳头瘤病毒疫苗。您的子女仅会接种符合其年龄及健康状况的疫苗，并非所有疫苗都会在同一天接种。

第三部分：您的权利与注意事项

接种前说明：在您的子女接种每种疫苗前，您都将收到该疫苗的疫苗信息说明书(Vaccine Information Statement, VIS)。此为美国联邦法律要求提供的文件，内容说明疫苗的益处及风险。您亦可至 cdc.gov/vaccines/hcp/vis 查阅相关资料。在疫苗接种前，您有权向本中心医护人员提出任何问题，并获得充分说明。

保险：若您的子女持有医疗保险，本中心将向保险公司申请疫苗相关费用。若保险未全额支付相关费用（包括共付额 Copay、自付额 Deductible 或其他未涵盖费用），您须自行承担。

家长无需在场：您的子女接受疫苗接种时，您无需亲自在场。签署本同意书即表示您同意并授权本中心，即使您不在现场，仍可依据本同意书为您的子女接种疫苗。

疫苗接种记录：依麻薩諸塞州法律規定，依据马萨诸塞州法律规定，本中心必须将所有疫苗接种资料通报至马萨诸塞州免疫信息系统 (Massachusetts Immunization Information System, MIIS)。MIIS 为州政府管理的安全电子数据库，用于保存及追踪全州居民的疫苗接种记录。依法，本项资料通报不得拒绝或退出。

第四部分：同意声明

本人签署本同意书，即表示本人确认：

- 本人为该儿童的父母或法定监护人，依法有权为其作出医疗决定。
- 本人已阅读并了解本同意书的内容。
- 本人已获得充分机会就疫苗接种提出问题。
- 本人了解所有医疗（包括疫苗接种）皆有一定风险。本中心已向本人说明疫苗接种的益处及风险，本人同意接受疫苗接种。
- 本人在本同意书所提供的资料均为真实、正确且完整。

同意选择

☐ 本人同意本人子女接种下列所有疫苗。

☐ 本人不同意本人子女接种以下勾选之疫苗。

- ☐ 白喉/破伤风/百日咳疫苗 ☐ 小儿麻痹疫苗 ☐ 甲型肝炎疫苗 ☐ 乙型肝炎疫苗 ☐ 麻疹/腮腺炎/风疹疫苗 ☐ 水痘疫苗
- ☐ 脑膜炎球菌 ACWY 疫苗 ☐ B 型脑膜炎球菌疫苗 ☐ 新冠肺炎 ☐ 流感疫苗 ☐ 人类乳头瘤病毒疫苗 ☐ 肺炎球菌结合疫苗
- ☐ 乙型流感嗜血杆菌疫苗 ☐ 轮状病毒疫苗

家长 / 法定监护人签名: _____

日期: _____

正楷姓名: _____

与病人关系: _____