



SOUTH COVE COMMUNITY HEALTH CENTER

疫苗接種同意書

第一部分：病人資料

病人姓名:	出生日期:
地址:	電話號碼:
城市:	州 / 郵政編號:

第二部分：疫苗接種同意

本人同意華人醫務中心為本人子女提供疫苗接種服務。

學校規定接種疫苗: 以下疫苗為麻薩諸塞州學生入學所需接種的疫苗, 包括但不限於: 白喉/破傷風/百日咳, 小兒麻痺疫苗, 乙型肝炎疫苗, 麻疹/腮腺炎/風疹, 水痘疫苗, 以及腦膜炎雙球菌疫苗。完整疫苗接種要求請參閱: [mass.gov/immunizationrequirements](https://www.mass.gov/immunizationrequirements)。

建議接種疫苗: 本中心醫護人員亦可能依據您子女的年齡及健康狀況, 建議接種以下疫苗: 新冠肺炎疫苗, 流感疫苗, 人類乳突病毒疫苗。您的子女僅會接種符合其年齡及健康狀況的疫苗, 並非所有疫苗皆會於同一天施打。

第三部分：您的權利與注意事項

接種前說明: 在您的子女接種每種疫苗前, 您都將收到該疫苗的疫苗資訊說明書(Vaccine Information Statement, VIS)。此為美國聯邦法規要求提供的文件, 內容說明疫苗的益處及風險。您亦可至 [cdc.gov/vaccines/hcp/vis](https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis) 查閱相關資料。在疫苗接種前, 您有權向本中心醫護人員提出任何問題, 並獲得充分說明。

保險: 若您的子女持有醫療保險, 本中心將向保險公司申請疫苗相關費用。若保險未全額支付相關費用 (包括共付額 Copay, 自付額 Deductible 或其他未涵蓋費用), 您須自行負擔。

家長無須在場: 您的子女接受疫苗接種時, 您無須親自在場。簽署本同意書即表示您同意並授權本中心, 即使您不在現場, 仍可依本同意書為您的子女接種疫苗。

疫苗接種紀錄: 依麻薩諸塞州法律規定, 本中心必須將所有疫苗接種資料通報至麻薩諸塞州預防接種資訊管理系統(Massachusetts Immunization Information System, MIIS)。MIIS 為州政府管理的安全電子資料庫, 用於保存及追蹤全州居民的疫苗接種紀錄。依法, 本項資料通報不得拒絕或退出。

第四部分：同意聲明

本人簽署本同意書, 即表示本人確認:

- 本人為該兒童的父母或法定監護人, 依法有權為其作出醫療決定。
- 本人已閱讀並了解本同意書的內容。
- 本人已獲得充分機會就疫苗接種提出問題。
- 本人了解所有醫療 (包括疫苗接種) 皆有一定風險。本中心已向本人說明疫苗接種的益處及風險, 本人同意接受疫苗接種。
- 本人在本同意書所提供的資料均為真實, 正確且完整。

同意選擇

☐ 本人同意本人子女接種下列所有疫苗。

☐ 本人不同意本人子女接種以下勾選之疫苗

- ☐ 白喉/破傷風/百日咳 ☐ 小兒麻痺疫苗 ☐ 甲型肝炎 ☐ 乙型肝炎 ☐ 麻疹/腮腺炎/風疹 ☐ 水痘疫苗 ☐ 腦膜炎雙球菌疫苗
☐ 新冠肺炎 ☐ 流感疫苗 ☐ 人類乳突病毒疫苗 ☐ 肺炎鏈球菌結合型疫苗 ☐ b 型流感嗜血桿菌疫苗 ☐ 輪狀病毒疫苗

家長 / 法定監護人簽名: _____

日期: _____

正楷姓名: _____

與病人關係: _____