



코로나19 예방 접종 선별 및 동의서*

피접종자 이름(정자체로 기입)		선호하는 이름	
생년월일	현재 성별 ID 키: W - 여성/여아 TW - 트랜스젠더 여성/여아 M - 남성/남아 다음에 정체성을 표기: TM - 트랜스젠더 남성/남아 NB - 논바이너리 GNC - 성별 비순응자 Q - 확실하지 않음/잘 모름 NR - 응답하지 않기로 선택 GNL - 성별이 목록에 없음(기입) * 성별 대명사: 고객의 이름으로 기입		
출생 시 성별 다음에 성별을 표기:	키: M - 남성 F - 여성 I - 인터섹스 NR - 응답하지 않기로 선택 SNL - 성적 지향 목록에 없음(기입)	결혼 상태 다음에 결혼 상태 표기:	키: S - 싱글 D - 이혼 M - 결혼 W - 미망인 V - 시민 결합 U - 알 수 없음 별거 - 법적 별거 파트너 - 반려자
주소	시	주	우편번호
부모/보호자/대리인(해당하는 경우 정자체로 기입)		전화	이메일 주소
민족성 다음에 민족성 표기:	민족성 키: DECL - 응답 거부 HIS - 히스패닉 NHL - 히스패닉 아님 UNK - 모름	인종 다음에 인종 표기:	인종 키: AIA - 아메리카 원주민 또는 알래스카인 ASN - 아시아인 BAA - 아프리카계 미국인 또는 흑인 DECL - 응답 거부 NHP - 하와이 원주민 또는 태평양 군도인 WHT - 백인 OTH - 기타 또는 다인종
1차 보험명	1차 보험 ID 번호	가입자 이름/생년월일	환자에 대한 가입자의 관계
1차 보험 주소	1차 보험 그룹 번호	1차 보험 전화 번호	
2차 보험명	2차 보험 ID 번호	가입자 이름/생년월일	환자에 대한 가입자의 관계
2차 보험 주소	2차 보험 그룹 번호	2차 보험 전화 번호	
백신을 투여하는 클리닉/진료소	일차 진료 의사 주소/전화번호		

선별검사 설문지

1.	오늘 몸이 아프십니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	
2.	지난 10일 동안 증상이 있어서 코로나19 검사를 받았으며 현재 결과를 기다리고 있습니까? 혹은 코로나 19 감염자에 노출되었거나 여행 등으로 인해 의료 서비스 제공자 또는 보건부로부터 분리 또는 격리하라는 권고를 받았습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 모름
3.	지난 90일(3개월) 동안 코로나19에 대한 항체 요법 또는 완치자 혈장 치료를 받았습니까? <i>치료를 받았다면 언제 마지막으로 투여받았습니까?</i> 날짜: _____	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 모름
4.	일체의 백신 투약 또는 주사, 또는 코로나19 백신 중 포함 성분에 대하여 두드러기, 얼굴 부종, 호흡 곤란, 아나필락시스 등의 알레르기 반응(아나필락시스)이 발생한 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 모름
5.	독감 주사를 포함하여 지난 14일(2주) 동안 백신을 접종한 적이 있습니까? <i>그렇다면 가장 최근의 백신 접종은 언제였습니까?</i> 날짜: _____	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 모름
6.	임신 중이거나 임신을 고려 중입니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 모름

7.	암, 백혈병, HIV/에이즈(AIDS), 자가 면역 질환의 병력 또는 면역 체계를 약화시키는 다른 상태가 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 모름
8.	코티손, 프레드니손 또는 다른 스테로이드, 항암제와 같이 면역 체계에 영향을 미치는 약물을 복용하십니까? 또는 방사선 치료를 받은 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 모름
9.	출혈성 장애가 있거나 혈액 희석제를 복용하고 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 모름
10.	코로나19 백신의 이전 접종분을 투여받았습니까?	접종한 경우, 어떤 백신을 접종받았습니까?	모더나(Moderna) 화이자(Pfizer)	<input type="checkbox"/> 아니요 날짜: (해당하는 경우)

긴급 승인

식품의약품은 긴급 승인 하에 코로나19 백신을 사용할 수 있도록 했습니다. 긴급 승인은 코로나19 팬데믹과 같은 비상 상황에서 약물 및 생물학적 제품의 긴급 사용을 정당화할 상황이 존재할 때 사용됩니다. 이 백신은 식품의약품 승인 또는 허가된 의약품과 동일한 유형의 검토를 받지 않았습니다. 그러나 백신을 제공하기로 한 식품의약품의 결정은 이용 가능한 과학적 증거의 총합에 근거하였으며, 이는 백신의 알려진 혜택과 잠재적 이익이 알려진 위험과 잠재적 위험보다 크다는 것을 보여줍니다.

동의

본인은 코로나19 백신 접종에 관한 정보 시트를 읽었거나 설명을 들었습니다. 본인은 백신이 2회 접종을 필요로 한다면, 효과를 나타내기 위해 이 백신을 2회 접종(투여)해야 효과적이라는 것을 이해합니다. 본인은 질문을 할 기회가 있었으며 만족할 정도로 답변을 들었습니다(또한 본인이 대리 동의를 제공할 권한이 있는 위에 명기된 사람에게도 질문을 할 기회가 주어졌습니다.) 본인은 설명된 백신 접종의 이익과 위험을 이해합니다.

본인은 본인(또는 본인이 본 요청을 하고 대리 동의를 제공할 권한이 있는 위에 명기된 사람)에게 코로나19 백신 접종을 투여할 것을 요청합니다. 본인은 본 백신이 무료라는 사실을 이해합니다. 본인은 백신 투여에 대한 모든 금전이나 이익이 백신을 접종하는 제공자에게 배정 및 전달될 것이며, 여기에는 본인의 건강보험, 메디케어(Medicare) 또는 기타 본인의 치료에 재정적으로 책임이 있는 제3자로부터의 이익/금전이 포함됨을 이해합니다. 본인은 지불을 확인하고 관련 백신 등록부에 보고하는 등 기타 공중보건 목적을 위해 필요한 모든 정보(의무 기록, 청구 사본 및 항목별 청구서를 포함하되 이에 국한되지 않음)의 공개를 허가합니다.

피접종자/대리인/보호자(서명) 피접종자	날짜/시간	이름(정자체)	환자와의 관계 (피접종자가 아닌 경우)
-----------------------	-------	---------	--------------------------

전화 통역사의 ID 번호 또는	날짜/시간
---------------------	-------

서명: 통역사	날짜/시간	정자로 기입: 통역사의 이름 및 환자와 관계
---------	-------	--------------------------

Area Below to be Completed by Vaccinator			
Which vaccine is the patient receiving today?			
Vaccine Name	Administration		Manufacturer & Lot Number
Pfizer/ BioNTech	<input type="checkbox"/> First Dose	<input type="checkbox"/> Second Dose	
Moderna	<input type="checkbox"/> First Dose	<input type="checkbox"/> Second Dose	
Astra-Zeneca	<input type="checkbox"/> First Dose	<input type="checkbox"/> Second Dose	
Janssen	<input type="checkbox"/> Single Dose		

Administration Site Left Deltoid Right Deltoid Left Thigh Right Thigh

Dosage 0.5 ml 0.3 ml

I have provided the patient (and/or parent, guardian or surrogate, as applicable) with information about the vaccine and consent to vaccination was obtained.

Vaccinator Signature: _____

*Use of this form is optional. In the ongoing effort to address health disparities it is essential that all demographic information is collected at the time of COVID-19 vaccination including sex/gender identity and race/ethnicity.

Updated January 20, 2021