

2019-2020 社區年流感保險資訊表與疫苗接種記錄

每個接受疫苗接種的人都必須填寫此表。如果無保險資訊可用，請使用現有資訊盡可能地填寫。

關於接受疫苗接種之人的資訊 (Information about the person to receive the vaccine) (請使用正楷體) : *必填欄位

姓氏 (Last Name) : *	名字 (First Name) : *	中間名 (MI) :	出生日期 (DOB) : *	年齡 (Age)*	性別 (Sex):*
			____ / ____ / ____ 月(M) 日(D) 年(Y)		
街道地址 (Address) : *					
城市 (City) : *	州 (State) : *	郵編 (Zip) : *	電話 (Phone) : *		
			()		

保險資訊 (Insurance Information) : 包括完整的成員 ID 編號和做為該編號其中一部分的任何字母

保險公司名稱 (Name of Insurance Co) :	成員 ID 編號 (Member ID Number) :	小組 ID 編號 (Group ID Num.) : (如可用)
紅藍卡號碼 (Medicare Number):	紅藍卡是主要醫保嗎 (Is Medicare Primary)? 是 (Yes) 否 (No)	用戶是否已退休 (Is Subscriber Retired)? 是 (Yes) 否 (No)

如果接種疫苗的人不是醫保用戶或保單持有人，請填寫以下內容 (If person getting vaccinated is not the insurance subscriber/policy holder):

簽署人姓名 (Subscriber's Name) : (姓、名、中間名) (Last, First, MI)	簽署人出生日期 (Subscriber's DOB) :	性別 (Sex):		
		____ / ____ / ____ 月(M) 日(D) 年(Y)		
簽署人街道地址 (Subscriber's Address) : (如與上表位址不同)				
城市 (City) :	州 (State) :	郵編 (Zip) :	電話 (Phone) :	
		()		
患者與簽署人的關係 (Pt relationship to subscriber) : (圈出) *				
		配偶 (Spouse)	子女 (Child)	其他 (Other)

對於剛滿 18 歲或未滿 18 歲的孩子 (For children 18 years of age and younger) :

符合兒童疫苗 (VFC) 計畫資格 (Is Vaccine for Children Program eligible) :

是否為美國印第安人 (美洲原住民) 或阿拉斯加原住民 (Is American Indian or Alaska Native)

是否參加醫療補助計畫 (包括 MassHealth 和 HMOs 等等，是否通過醫療補助參加) (Is enrolled in Medicaid)

是否無醫療保險 (Does not have health insurance)

不符合 VFC 資格 (Is not VFC eligible) :

是否有醫療保險且並非美國印第安人 (美洲原住民) 或阿拉斯加原住民 (Has health insurance and is not American Indian or Alaska Native)

我允許我的保險公司為此支付帳單 (I give permission for my insurance company to be billed) 。

X _____ 日期 (Date) : _____
(患者、家長或法定監護人簽名) (Signature of patient, parent, or legal guardian)

For Clinic/Office Use Only (僅限診所/辦公室使用):

Signature of Vaccine Administrator: _____

Date of Service/Date VIS Given	Vax Type	Vaccine Mfrgr	State Supplied	Preserv Free*	Lot No	Exp Date	Dose (mL)	Injection Route	Injection Site (Circle)	Date On VIS
Place sticker here								IM	R Arm L Arm	8/15/19