

Form ng Pahintulot sa Bakuna sa COVID-19

FORM NG PAHINTULOT –Bakuna sa COVID-19

Bersiyon 3.0 – Marso 11, 2021

| | | | | | |
|---|--|--|--|---|-------------|
| Apelyido | | Pangalan | | Pagkakakilanlan (hal., numero ng health card) | |
| Kasarian: <input type="checkbox"/> Babae <input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Piniling hindi sagutin <input type="checkbox"/> Iba pa: _____ | | | Doktor sa Pangunahing Pangangalaga (Doktor ng Pamilya o Nurse Practitioner) | | |
| Kung Katutubo, pakitukoy kung aling pagkakakilanlang katutubo: <input type="checkbox"/> Unang Nasyon <input type="checkbox"/> Métis (kabilang ang mga miyembro ng Métis organization o Settlement) <input type="checkbox"/> Inuk/ Inuit <input type="checkbox"/> Iba pang Katutubo, pakitukoy: _____ <input type="checkbox"/> Piniling hindi sagutin <input type="checkbox"/> Di-alam | | | | | |
| Telepono sa Tahanan | | Mobile na Telepono | | | |
| Address sa Kalye | | | Lungsod | Lalawigan | Postal Code |
| Petsa ng Kapanganakan (buwan, araw, taon) _____ / _____ / _____ _____ | | Edad Ito ba ang iyong una o ikalawang dosis ng bakuna? <input type="checkbox"/> Una <input type="checkbox"/> Ikalawa Kung ikalawa, pakitukoy ang petsa ng unang dosis at pangalan ng bakunang inilapat: _____/_____/_____ (buwan, araw, taon) Pangalan ng bakunang inilapat: _____ | | | |

Pahintulot na Matanggap ang Bakuna

Aking nabasa (o binasa sa akin) at aking nauunawaan ang Immunization Prepackage, kabilang ang mga sumusunod na mga dokumento: 'Information Sheet ng Bakuna sa COVID-19' at 'Anu-ano ang kailangan mong malaman tungkol sa appointment mo para sa bakuna sa Covid-19'.

- Nagkaroon ako ng pagkakataon na magtanong tungkol sa bakunang matatanggap ko at masagot ang mga ito sa aking kasiyahan.

Pumapayag ako na matanggap ang bakuna, kabilang ang lahat na inirerekomendang magkakasunod na dosis.

- Nauunawaan ko na maaari kong bawiin ang pahintulot na ito sa anumang oras.
- Nauunawaan ko na kung babawiin ko ang pahintulot na ito bilang panghaliling tagapasya ng isang indibidwal, sa gayon ay dapat akong makipag-ugnayan sa lugar kung saan may-kasamang nananahan ang indibidwal.

Tandaan: Makipag-ugnayan sa vaccination clinic kung saan ka dapat makatanggap ng bakuna sa Covid-19 kung magbago ang isip mo at hindi ka na pumapayag na matanggap ang bakuna. Magbibigay-daan ito sa ibang tao na makuha ang pwesto mo. Kung binawi ng isang panghaliling nagpapasya para sa isang indibidwal ang pahintulot na nananahan sa lugar na may nagsasama-samang mga tao, sa gayon ay dapat makipag-ugnayan ang lugar ng pananahan sa lokal na public health unit.

Pagtanggap sa Pagkolekta, Paggamit at Pagsiwalat ng Personal na Impormasyon ng Kalusugan

Ang personal na impormasyon ng kalusugan na nasa form na ito ay tinitipon para sa layuning pagbibigay ng pangangalaga sa iyo at sa paglikha ng tala ng pagbabakuna para sa iyo, at dahil kinakailangan para sa COVID-19 vaccination program ng pamahalaan ng Ontario. Ang impormasyon na ito ay gagamitin at isisiwalat para sa mga layuning ito, pati na sa mga layuning awtorisado at hinihingi ng batas. Halimbawa,

- Isisiwalat ito sa Chief Medical Officer ng Kalusugan at sa mga public health unit ng Ontario kung saan kinakailangan ang pagsisiwalat para sa layuning *Health Protection and Promotion Act (Batas para sa Proteksyon sa Kalusugan at Promosyon)*. At
- maaari itong isiwalat, bilang bahagi ng elektronikong tala sa kalusugan ng lalawigan, sa mga tagapagbigay ng pangangalaga sa kalusugan na nagbibigay ng pangangalaga sa iyo.

limbak ang impormasyon sa isang health record system sa pag-iingat ng at kontrol ng Ministro ng Kalusugan.

Kung saan ang Clinic Site ay pinatatakbo ng isang ospital, ang ospital ang kokolekta, gagamit at magsisiwalat sa impormasyon mo bilang ahente ng Ministro ng Kalusugan.

Tinatanggap ko na aking nabasa at nauunawaan ang pahayag sa itaas.

Maaari kang kontakin ng isang ospital, lokal na public health unit, o ng Ministro ng Kalusugan para sa mga layuning kaugnay ng bakuna sa COVID-19 (halimbawa, para ipaalala sa iyo ang mga follow up na appointment at para magbigay sa iyo ng tala ng pagbabakuna). Kung papayag ka na matanggap ang mga pang-follow up na komunikasyon sa pamamagitan ng email, ipabatid gamit ang kahon sa ibaba.

Pumapayag ako na makatanggap ng mga pang-follow up na komunikasyon:

sa pamamagitan ng email **sa pamamagitan ng text/SMS**

Kung pinili na sa pamamagitan ng email, pakibigay ang email address mo:

Lagda

I-print ang Pangalan

Petsa ng Lagda

Kung lumalagda para sa ibang tao bukod sa sarili mo, ipabatid ang relasyon mo sa taong iyon:

Kung lumalagda para sa ibang tao bukod sa sarili ko, kinukumpirma ko na ako ang magulang / legal na tagapagbantay panghaliling tagapasya.

***Mga Partikular na Problema tungkol sa: Long-Term Care Homes Act, 2007
(Batas 2007 para sa Pangmatagalang Pangangalaga sa Bahay)***

Maaaring bawiin sa anumang oras ang pahintulot ng residente na makatanggap ng bakuna.

Pahayag na nagpapahalaga sa seksiyon 83 ng Act:

Pakitandaan ang sumusunod na legal na proteksiyon:

Titiyakin ng bawat may-lisensya ng hospisyong pangmatagalang pangangalaga na walang taong sasabihan o maniniwalang tatanggihan ang isang residente na matanggap o palalabasin ang residenteng iyon mula sa hospisyong dahil,

(a) may dokumentong hindi nilagdaan;

(b) may kasunduang napawalang-bisa; o

(c) may binigay, hindi binigay, binawi o pinawalang-bisa na pahintulot o direktiba kaugnay ng paggagamot o pangangalaga.

| PARA LAMANG SA KLINIKA | | | | | | |
|----------------------------------|---|----------------------|------------------|---------------------------------------|--|---|
| Ahente | COVID-19 | Pangalan ng Produkto | | Lot # | | Dami ng Dosis: |
| Site sa Katawan | <input type="checkbox"/> Kaliwang deltoid <input type="checkbox"/> Kanang deltoid | | Route | Intramuscular (IM) | | Dosis #: |
| Petsa na Inilapat | ----- / ----- / ----- (m/d/yyyy) | | Oras na Inilapat | ----- : ----- ----- am ----- pm | AEFI? (pagkatapos mabigyan ng kasalukuyang dosis) | <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi |
| Ibinigay Ni (Pangalan, Posisyon) | | Lokasyon | | Binigyan-awtorisasyon Ni | | |
| Dahilan ng Pagpapabakuna | <input type="checkbox"/> Manggagawa sa Pangangalaga sa kalusugan <input type="checkbox"/> LTC: Residente <input type="checkbox"/> LTC: Manggagawa sa Pangangalaga sa kalusugan <input type="checkbox"/> LTC: Iba pang Hindi- Empleyado <input type="checkbox"/> RH: Manggagawa sa Pangangalaga sa kalusugan <input type="checkbox"/> RH: Residente <input type="checkbox"/> RH: Essential na Tagabigay ng pangangalaga <input type="checkbox"/> RH: Iba pang Hindi-Empleyado <input type="checkbox"/> May Katandaan: Pananahan sa Komunidad <input type="checkbox"/> Nasa Hustong Gulang na may Pangmatagalang Pangangalaga sa Kalusugan <input type="checkbox"/> Katutubong komunidad <input type="checkbox"/> Iba Pang Prayoridad na Populasyon <input type="checkbox"/> Sama-samang Pananahan: Residente <input type="checkbox"/> Sama-samang Pananahan: Kawani <input type="checkbox"/> Sama-samang Pananahan: Essential na Tagabigay ng pangangalaga | | | | | |

| | |
|--|--|
| Dahilan ng Pagpapabakuna Hindi Ibinigay | <input type="checkbox"/> Naka-contraindicate ang pagpapabakuna <input type="checkbox"/> Inirerekomenda ng doktor ang pagpapabakuna pero walang pahintulot ng PASYENTE <input type="checkbox"/> Desisyon ng doktor na pansamantalang ipagpaliban ang pagpapabakuna <input type="checkbox"/> Medikal na hindi karapat-dapat <input type="checkbox"/> Binawi ng pasyente ang pahintulot para sa serye |
| Ang iyong dosis 2 ng 2 ay naka-iskedyul para sa: | _____ / _____ / _____ (m/d/yyyy) _____ : _____ am pm |