Kagawaran ng Pampublikong Kalusugan ng Los Angeles County
Mga Tuntunin para sa Pormularyo ng Pagbakuna

Pagiging Karapat-dapat sa Bakuna laban sa H1N1: Dapat kayong magpabakuna laban sa H1N1 kung kayo…

- Ay nagdadalantao
- Ay naninirahan kasama ng o nag-aalaga ng mga batang mas mababa sa anim (6) na buwang gulang
- Ay nagtatrabaho sa mga serbisyong pangangalaga ng kalusugan o pang-emerhensiyang medikal
- Ay nasa pagitan ng edad 6 buwan at 24 taon
- Ay may mga matagalang problemang pangkalusugan o mahina ang inyong *immune system* at nasa pagitan ng 25 hanggang 64 taong gulang

Kapag natutugunan ninyo ang mga kwalipikasyong ito, kayo ang unang bibigyan ng bakunang H1N1 dahil may pinakamalaking peligro kayo sa impeksiyon at komplikasyon ng tranggkasong H1N1. Kapag hindi ninyo natutugunan ang mga kwalipikasyong nakalista sa itaas, maaari kayong mabigyan ng bakunang H1N1 sa dakong huli ng taglagas (*mga Disyembre o Enero*).

Kung kayo ay karapat-dapat para sa bakuna, maari ninyong sulatan ang Pormularyo ng Pagbakuna laban sa H1N1 bago kayo pumunta sa lugar ng pagbabakuna.

Opsiyon 1: Kumpletuhin ang Pormularyo sa pamamagitan ng Kompyuter:

- Mag-*download* at kumpletuhin ang pormularyo sa pamamagitan ng kompyuter gamit ang *Adobe Acrobat Reader* (makukuha ito ng libre sa http://get.adobe.com/reader/)
- Kumpletuhin ang *'Personal Information Section'* lamang
- Punuan ang pormularyo gamit ang salitang Ingles lamang
- Mag-imprenta ng pormularyo
- Dallhin ninyo ang pormularyo sa nakalaang klinika (para sa listahan ng mga klinika, dumalaw sa www.lapublichealth.org)

Opsiyon 2: Kumpletuhin ang Pormularyo sa pamamagitan ng Pagsusulat Kamay

- Mag-*download* at mag-imprenta ng pormularyo
- Kumpletuhin ang *'Personal Information Section'* lamang
- Punuan ang pormularyo sa salitang Ingles lamang gamit ang isang kahon bawa't letra sa lahat ng larangan.
- Dallhin ninyo ang pormularyo sa nakalaang klinika (para sa listahan ng mga klinika, dumalaw sa www.lapublichealth.org)

46635

Vaccination Form

County of Los Angeles Public Health

Mangyaring itala ng maayos gamit ang malalaking titik tulad nang ipinapakita sa halimbawa.

E X A M P L E 1 2 3

M Mangyaring markahan ng ganap ang mga bilog tulad nang ipinapakita.

Tama Mali ☒ ✓

Personal na Impormasyon

Hanggat maaari ay magkaloob ng kumpletong impormasyon. Lahat ng impormasyon ay pananatilihing kumpidensiyal.

Pangalan **Apelyido** **GP**

Numero ng Kalye **Pangalan ng Kalye** **Numero ng Apartment**

Lungsod **Zipcode** **County** ○ LA ○ Other **Estado** ○ CA ○ Other

Numero ng Telepono - -

Petsa ng Kapanganakan M M / D D / Y Y Y Y

Edad Kung mas bata sa 1 taong gulang, edad sa buwan

Kasarian Lalaki ○ Babae ○

Lahi/Etnisidad ○ Asian ○ Native Hawaiian/Pacific Islander ○ Hispanic/Latino ○ Iba pa ○ Black/African American ○ American Indian/Alaskan Native ○ White

Mayroon ka ba ng kahit na alin sa mga sumusunod na mga medikal na kundisyon? ○ Oo ○ Hindi
May sakit sa puso, baga (lungs), bato (kidney), atay (liver) o sakit hinggil sa neurolohiya (neurological); kanser; hika; diyabetes; sakit sa dugo; sakit sa immune system;

Ikaw ba ay nag-aalaga o nakatira sa isang pamamahay na may bata na mas mababa sa edad na 6 buwan? ○ Oo ○ Hindi

Ikaw ba ay buntis, o sa iyong palagay , marahil na ikaw ay buntis? ○ Oo ○ Hindi

Kung menor de edad, pangalan ng magulang o legal na tagapag-alaga

Binibigyan ko ng pahintulot ang pagsulong ng medikasyon / pagbabakuna na ipinagkakaloob.

Lagda

Huwag Sagutan Itong Bahaging Ito

	Seasonal LAIV	Seasonal TIV	Pan H1N1 Live	Pan H1N1 Inactivated	Screener
Contraindications?	○ YES ○ NO	○ YES ○ NO	○ YES ○ NO	○ YES ○ NO	
Vaccine To Be Administered	Dose #: ○ 1 ○ 2	Dose #: ○ 1 ○ 2	Dose #: ○ 1 ○ 2	Dose #: ○ 1 ○ 2	

	Live	Inactivated	Dosage	Site	Manufacturer	Lot Number	Admin. by
Seasonal	○	○	○ 0.25 mL ○ 0.50 mL ○ 0.2 mL	○ RD ○ RT ○ LD ○ LT ○ Intranasal	○ SP ○ Nov ○ GSK ○ CSL ○ MI		
Pan H1N1	○	○	○ 0.25 mL ○ 0.50 mL ○ 0.2 mL	○ RD ○ RT ○ LD ○ LT ○ Intranasal	○ SP ○ Nov ○ GSK ○ CSL ○ MI		

Date Administered M M / D D / Y Y Y Y

VFC PIN

Street Number of Site

46635 Formtran