

Christopher Groll  
Acting Assistant  
Commissioner,  
Office of School Health  
Tweed Courthouse  
52 Chambers Street  
New York, NY 10007

Дорогие семьи!

Вам, возможно, уже известно, что все жители г. Нью-Йорка в возрасте 12 лет и старше могут бесплатно получить прививку от COVID-19. Это важно для здоровья и безопасности вашего ребенка, вашей семьи, вашего школьного сообщества и всего города!

Поэтому некоторые школы совместно с NYC Test & Trace Corp (T2) и Департаментом здравоохранения г. Нью-Йорка (DOHMH) в первую неделю учебного года организуют вакцинацию Pfizer-BioNTech всех правомочных жителей города; вторая доза будет предоставлена им в начале октября. Предварительная запись не требуется. Чтобы выяснить часы работы пунктов вакцинации, обращайтесь в школу или на сайт [schools.nyc.gov/covid19](https://schools.nyc.gov/covid19).

### **Вакцинация ребенка проста, безопасна, конфиденциальна.**

Важная информация.

- Для вакцинации не требуется предъявлять документы о гражданстве и номер социального страхования (SSN).
- Для вакцинации медицинская страховка не требуется. Вакцинация бесплатна.
- **Для детей в возрасте до 18 лет требуется согласие родителей/законных опекунов. Форма согласия прилагается. Заполните и верните ее в школу.**
- Учащимся в возрасте 12-15 лет нужно явиться в сопровождении родителя, законного опекуна или назначенного ими лица. Это желательно, но не обязательно. И любом случае ребенок будет находиться под наблюдением квалифицированного медицинского работника в течение 15 минут после введения вакцины.
- Вся документация и информация, касающаяся вакцинации, строго конфиденциальна.
- Вакцинация проводится обученным медицинским персоналом.
- Предоставляется устный перевод по телефону.
- Прививки настоятельно рекомендуются, но в настоящее время не являются обязательными для большинства учащихся. Исключение составляют учащиеся-спортсмены, участвующие в мероприятиях межшкольной спортивной лиги (Public Schools Athletic League, PSAL) по видам спорта, которые считаются видами спорта с высоким риском инфицирования COVID-19. (Дополнительная информация на веб-сайте: [schools.nyc.gov/PSAL](https://schools.nyc.gov/PSAL)).
- Общегородская вакцинация способствовала значительному снижению уровня распространения COVID-19, что привело к открытию города, снятию социальных ограничений и улучшению качества жизни.

((Продолжение на с. 2))



- Рекомендуем семьям зарегистрировать статус вакцинации ребенка на портале вакцинации Департамента образования (COVID-19 Vaccination Portal): <https://vaccine.schools.nyc>. Предоставив эту информацию, вы поддержите усилия г. Нью-Йорка по борьбе с пандемией и ликвидации ее последствий, а также поможете обеспечить безопасность школ и зданий DOE для всех учащихся и сотрудников.

За подробной информацией обращайтесь на сайт [nyc.gov/covidvaccine](https://nyc.gov/covidvaccine). Мы настоятельно рекомендуем вам принять решение о вакцинации ребенка в ближайшее время.

С уважением,

*Christopher Groll*

Christopher Groll

и. о. заместителя руководителя

Отдел школьного здравоохранения

Управление по обеспечению безопасной и здоровой школьной среды

Департамент образования г. Нью-Йорка



## COVID-19 Immunization Screening and Consent Form\*

Recipient Name (please print)		Preferred Name	
DOB	Current Gender ID Indicate ID Below: <input type="text"/>	<b>Key:</b> W – Woman/Girl TW – Transgender Woman/Girl M – Man/Boy TM – Transgender Man/Boy NB – Non-Binary Person GNC – Gender Non-Conforming Q – Not Sure/Questioning NR – Chose not to Respond GNL - Gender not Listed (write-in) * Gender Pronouns: write-in by client's name	
Sex Assigned at Birth Indicate Sex Below: <input type="text"/>	<b>Key:</b> M – Male F – Female I – Intersex NR – Chose not to Respond	Marital Status Indicate Status Below: <input type="text"/>	<b>Key:</b> S – Single D – Divorced M – Married W – Widowed V – Civil Union U – Unknown SEPARATED – Legally Separated PARTNER – Life Partner
Address		City	State Zip
Email Address			
Parent/Guardian/ Surrogate (if applicable, please print)		Phone	Preferred Language
Ethnicity Indicate Ethnicity Below: <input type="text"/>	<b>Ethnicity Key:</b> DECL – Declined HIS – Hispanic Origin NHL – Non-Hispanic Origin UNK - Unknown	Race Indicate Race Below: <input type="text"/>	<b>Race Key:</b> AIA – Native American or Alaskan ASN – Asian BAA – African American or Black DECL – Declined NHP – Native Hawaiian or Pacific Islander WHT – White OTH – Other or Multiracial
Primary Insurance Name	Primary Insurance ID#	Subscriber Name/DOB	Subscriber Relation to Patient
Primary Insurance Address	Primary Insurance Group #	Primary Insurance Phone #	
Secondary Insurance Name	Secondary Insurance ID#	Subscriber Name/DOB	Subscriber Relation to Patient
Secondary Insurance Address	Secondary Insurance Group #	Secondary Insurance Phone #	
Clinic/Office Site Where Vaccine is Administered	Primary Care Physician Address/Phone Number		
<b>Screening Questionnaire</b>			
1.	Are you feeling sick today?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
2.	In the last 10 days, have you had a COVID-19 test because you had symptoms and are still awaiting your test results or been told by a health care provider or health department to isolate or quarantine at home due to COVID-19 infection or exposure?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
3.	Have you been treated with antibody therapy or convalescent plasma for COVID-19 in the past 90 days (3 months)? <i>If yes, when did you receive the last dose? Date: _____</i>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
4.	Have you ever had an immediate allergic reaction (e.g. hives, facial swelling, difficulty breathing, anaphylaxis) to any vaccine, injection, or shot or to any component of the COVID-19 vaccine, or a severe allergic reaction (anaphylaxis) to anything?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
5.	Are you pregnant or considering becoming pregnant?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown

6.	Do you have cancer, leukemia, HIV/AIDS or any other condition that weakens the immune system?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unknown
7.	Do you take any medications that affect your immune system, such as cortisone, prednisone or other steroids, anticancer drugs, or have you had any radiation treatments?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unknown
8.	Do you have a bleeding disorder, a history of blood clots or are you taking a blood thinner?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unknown
9.	Do you have a history of myocarditis (inflammation of the heart muscle) or pericarditis (inflammation of the lining around the heart)?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unknown
10.	Have you received a previous dose of the Pfizer, Moderna or Janssen COVID-19 vaccine?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Date: _____ (if applicable)
11.	Have you received a previous dose of a COVID-19 vaccine authorized by the WHO but not by the FDA (AstraZeneca – VAXZEVRIA, Sinovac – CORONAVAC, Serum Institute of India – COVISHIELD, Sinopharm)?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Date: _____ (if applicable)

### Emergency Use Authorization

The FDA has made the COVID-19 vaccine available under an emergency use authorization (EUA). The EUA is used when circumstances exist to justify the emergency use of drugs and biological products during an emergency, such as the COVID-19 pandemic. This vaccine has not undergone the same type of review as an FDA-approved or cleared product. However, the FDA's decision to make the vaccine available is based on the totality of scientific evidence available, showing that known and potential benefits of the vaccine outweigh the known and potential risks.

### Consent

I have read, or had explained to me, the information sheet about the COVID-19 vaccination. I understand that if my vaccine requires two doses, I will need to be administered (given) two doses of this vaccine in order for it to be effective. I have had a chance to ask questions which were answered to my satisfaction (and ensured the person named above for whom I am authorized to provide surrogate consent was also given a chance to ask questions). I understand the benefits and risks of the vaccination as described.

I request that the COVID-19 vaccination be given to me (or the person named above for whom I am authorized to make this request and provide surrogate consent). I understand there will be no cost to me for this vaccine. I understand that any monies or benefits for administering the vaccine will be assigned and transferred to the vaccinating provider, including benefits/monies from my health plan, Medicare or other third parties who are financially responsible for my medical care. I authorize release of all information needed (including but not limited to medical records, copies of claims and itemized bills) to verify payment and as needed for other public health purposes, including reporting to applicable vaccine registries.

Recipient/Surrogate/Guardian (Signature) recipient	Date / Time	Print Name	Relationship to Patient (if other than recipient)
---	-------------	------------	--

Telephonic Interpreter's ID # <b>OR</b>	Date / Time
--	-------------

Signature: Interpreter	Date/ Time	Print: Interpreter's Name and Relationship to Patient
------------------------	------------	---

Area Below to be Completed by Vaccinator			
<b>Which vaccine is the patient receiving today?</b>			
Vaccine Name	Administration	EUA Fact Sheet Date	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: \_\_\_\_\_