ENGLISH TEXT	TRANSLATED TEXT
1. Appointment	1. الموعد
Please select a time for your appointment. The selected time slot will be held for 25 minutes.	الرجاء اختيار ساعة الموعد. يحجز لك النظام الوقتَ الذي تختاره لمدّة 25 دقيقة.
2. Personal Information	2. البيانات الشخصية
Pfizer COVID-19 Vaccine (Ages 5-11) is for people 5 years and older. Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine (Ages 12+) is for people 12 years and older	لقاح فايزر ضد كوفيد 19 (الفئة العمرية : 5 إلى 11 عامًا) للأشخاص في الخامسة من العمر وما فوق. لقاح فايزر- بيو ن. تيك (BioNTech) ضد كوفيد 19 (الفئة العمرية : 12 وما فوق) للأشخاص في الثانية عشر من العمر وما فوق.
First name*	**الاسم ***
Middle Initial	**اسم المتوسط**
Last Name*	**اسم العائلة ***
Mother's Maiden Name	**اسم عائلة الوالدة**
Race (Select) * American Indian or Alaska Native Asian Black or African-American Native Hawaiian and Pacific Islander White or Caucasian Other Race Refused	**العنصر (الرجاء اختيار إحدى الإمكانيات) *** هندي أمريكي أو وليد من ألاسكا آسيوي أسود أو أفريقي – أمريكي الأصل من هاواي أو من جزر المحيط الهادئ أبيض أو قوقازي عرق آخر أرفض الإجابة على هذا السؤال
Tribal Affiliation (Select) Chehalis Reservation Tribes Colville Reservation Tribes Cowlitz Indian Tribe Hoh Indian Tribe Jamestown S'Klallam Tribe Kalispel Tribe of Indians Lower Elwha Klallam Tribe Lummi Nation Makah Tribe Muckleshoot Indian Tribe Nisqually Indian Tribe Nooksack Indian Tribe Port Gamble S'Klallam Tribe Puyallup Tribe of Indians Quileute Tribe Quinault Indian Nation Samish Indian Nation Sauk-Suiattle Indian Tribe Shoalwater Bay Tribe Skokomish Indian Tribe Snoqualmie Indian Tribe Spokane Tribe of Indians Squaxin Island Tribe Stillaguamish Tribe of Indians Suquamish Tribe Swinomvsh Indian Tribal Community Tulalip Tribes upper Skagit Tribe Confederated Tribes and Bands of the Yakama Nation Other	**الانتماء القبلي (الرجاء اختيار إحدى الإمكانيات)** قبائل الشيهالي (Chehali) في المحميّة الخاصة بهم قبائل كولفيل (Colville) في المحميّة الخاصة بهم قبيلة كاوليتز (Cowlitz) الهندية الأمريكية قبيلة هوه (Hoh) الهندية الأمريكية قبيلة سأكلالام (S'Klallam) في جايمزتاون (Jamestown) قبيلة كاليسبيل (Kalispel) الهندية الأمريكية قبيلة كلالام (Klallam) من وادي نهر الوهى (Elwha) الأدنى قبيلة أمّة لومّي (Lummi) قبيلة ماكاه (Makah) قبيلة ماكلشوت (Muckleshoot) الهندية قبيلة نيسكالي (Nisqually) الهندية الأمريكية قبيلة نوكساك (Nooksack) الهندية الأمريكية قبيلة سأكلالام (S'Klallam) في بورت غامبل (Port Gamble) قبيلة بويالوب (Puyallup) الهندية الأمريكية قبيلة الكيلوتي (Quileute) قبيلة أمّة الكينولت (Quinault) قبيلة أمّة الساميش (Samish) قبيلة سوك – سوياتل (Sauk-Suiattle) قبيلة خليج شولواتر (Shoalwater) قبيلة سكوكوميش (Skokomish) الهندية قبيلة سنوكالمية (Snoqualmie) الهندية قبيلة سبوكاني الهندية (Spokane) قبيلة جزيرة سكواخين (Squaxin) قبيلة ستيلاغوامش (Stillaguamish) الهندية الأمريكية قبيلة سوكواميش (Suquamish) جماعة قبائل سفينوميش (Swinomvsh) الهندية الأمريكية قبائل تولاليب (Tulalip) قبيلة سكاغيت العليا (upper Skagit) اتحاد قبائل وفصائل أمّة ياكاما (Yakama) انتماء آخر

Ethnicity (Select) *	**الإثنية (الرجاء اختيار إحدى الإمكانيات)***
Hispanic	من أصل هسباني
Not Hispanic or Latino	من أصل غير هسباني وغير أمريكي لاتيني
Refused	أرفض الردّ على هذا السؤال
Occupation (Select) *	**المهنة (الرجاء اختيار إحدى الإمكانيات)***
Corrections Officer	ضابط في نظام السجون
Critical Utilities	عامل في المرافق الأساسية
Education - Teacher, Childcare	عامل في مجال التربية والتعليم – مدرّس، رعاية أطفال
Farmers	مُزارع
First Responder - Firefighter, police	عامل في مجال الاستجابة العاجلة – إطفائي، شرطة
Grocery Store Employees	موظف في متجر بقالة
Health Care - Direct Patient Contact	عامل في مجال الرعاية الصحية – اتصال مباشر بالمرضى
Health Care - No Direct Patient Contact	عامل في مجال الرعاية الصحية – لا اتصال مباشر بالمرضى
Long Term Care - Staff and Residents	عامل في مجال الرعاية الطويلة الأمد – موظف أو مقيم
Other Essential Worker	عامل أساسي آخر
Other	عامل في مجال آخر
Postal Worker/Delivery Worker	عامل في البريد / في الإيصال والتسليم
Public Transit Worker	عامل في قطاع النقليات العامة
Retired	متقاعد
Student	طالب
Date of Birth Month (Select) *	**تاريخ الولادة : الشهر (الرجاء اختيار إحدى الإمكانيات)***
January	يناير / كانون الثاني
February	فبراير / شباط
March	مارس / آذار
April	أبريل / نيسان
May	مايو / أيّار
June	يونيو / حزيران
July	يوليو / تمّوز
August	أغسطس / آب
September	سبتمبر / أيلول
October	أكتوبر / تشرين الأول
November	نوفمبر / تشرين الثاني
December	ديسمبر / كانون الأول
Date of Birth Day (Select) *	**تاريخ الولادة : اليوم (الرجاء اختيار إحدى الإمكانيات)***
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19

20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
Date of Birth Year (Select) *	**تاريخ الولادة : العام (الرجاء اختيار إحدى الإمكانيات)***
1900	1900
1901	1901
1902	1902
1903	1903
1904	1904
1905	1905
1906	1906
1907	1907
1908	1908
1909	1909
1910	1910
1911	1911
1912	1912
1913	1913
1914	1914
1915	1915
1916	1916
1917	1917
1918	1918
1919	1919
1920	1920
1921	1921
1922	1922
1923	1923
1924	1924
1925	1925
1926	1926
1927	1927
1928	1928
1929	1929
1930	1930
1931	1931
1932	1932
1933	1933
1934	1934
1935	1935
1936	1936
1937	1937
1938	1938
1939	1939

1940	1940
1941	1941
1942	1942
1943	1943
1944	1944
1945	1945
1946	1946
1947	1947
1948	1948
1949	1949
1950	1950
1951	1951
1952	1952
1953	1953
1954	1954
1955	1955
1956	1956
1957	1957
1958	1958
1959	1959
1960	1960
1961	1961
1962	1962
1963	1963
1964	1964
1965	1965
1966	1966
1967	1967
1968	1968
1969	1969
1970	1970
1971	1971
1972	1972
1973	1973
1974	1974
1975	1975
1976	1976
1977	1977
1978	1978
1979	1979
1980	1980
1981	1981
1982	1982
1983	1983
1984	1984
1985	1985
1986	1986
1987	1987
1988	1988
1989	1989
1990	1990
1991	1991
1992	1992

1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022	1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022
Gender (Select) * Male Female Other Unknown	**الجنس (الرجاء اختيار إحدى الإمكانيات) *** رجل امرأة جنس آخر مجهول
Email Address *	**البريد الإلكتروني **
Retype Email Address *	**الرجاء إعادة طباعة البريد الإلكتروني **
Primary Phone Number*	**رقم الهاتف الأساسي **
Phone Number Type (Select) * Home Mobile Work N/A	**نوع الهاتف (الرجاء اختيار إحدى الإمكانيات)*** هاتف منزلي هاتف جوّال / خليوي هاتف العمل لا ينطبق
Address*	**العنوان **
City*	**المدينة **
State*	**الولاية **
Zip Code*	**الرمز البريدي **
County (Select) * 3. Health Insurance	**البلدة (الرجاء اختيار إحدى الإمكانيات) *** 3. التأمين الصحي
The vaccine is being provided at no cost by the government. Your insurance will be charged for the costs of administering your vaccination	تقدِّم الحكومة اللقاح من دون أية كلفة. يترتب على التأمين الصحي كلفة حقن اللقاح.
Insurance Type*	**نوع التأمين **

Private Insurance Medicaid/Medical Assistance Medicare No Insurance	تأمين خاص مساعدة طبيّة ميديكايد (Medicaid) / عناية طبيّة ضمان ميديكار (Medicare) ليس لدي تأمين صحي
4. Health Insurance	4. تأمين صحي
Click here to review the Janssen COVID-19 Vaccine Fact Sheet: https://www.fda.gov/media/146305/download Click here to review the Moderna COVID-19 Vaccine Fact Sheet: https://www.fda.gov/media/144638/download Click here to review the Pfizer COVID-19 Vaccine (Ages 5-11) Fact Sheet: https://www.fda.gov/media/153717/download Click here to review the Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine (Ages 12+) Fact Sheet: https://www.fda.gov/media/144414/download You must complete all fields with a star.	أنقر هنا لاستعراض صفحة الوقائع حول لقاح يانسن ضد كوفيد 19: https://www.fda.gov/media/146305/download أنقر هنا لاستعراض صفحة الوقائع حول لقاح موديرنا ضد كوفيد 19: https://www.fda.gov/media/144638/download أنقر هنا لاستعراض صفحة الوقائع حول لقاح فايزر ضد كوفيد 19 (الفئة العمرية 5 إلى 11): https://www.fda.gov/media/153717/download أنقر هنا لاستعراض صفحة الوقائع حول لقاح فايزر- بيو ن. تيك (BioNTech) ضد كوفيد 19 (الفئة العمرية : 12 وما فوق): https://www.fda.gov/media/144414/download إجباري ملء جميع الخانات التي عليها نجمة
Select which COVID-19 dose you need. * First Second Booster Additional Dose (For people who are immunocompromised)	**اختر أدناه الجرعة التي تحتاج إليها *** الجرعة الأولى الجرعة الثانية الجرعة الثالثة الجرعة الإضافية (لمن يعاني من نقص في المناعة)
Do any of the following apply to you?	**هل تنطبق أي من المسائل التالية على الشخص الذي سيخضع للتلقيح؟**
Is the person to be vaccinated currently sick? * Yes No I don't know	**هل الشخص الذي سيخضع للتلقيح مريض حاليًا؟ *** نعم لا لا أدري
Is the person to be vaccinated breastfeeding (nursing)? * Yes No I don't know	**هل الشخص الذي سيخضه للتلقيح يُرضع (أو يَرضع) حاليًا؟ *** نعم لا لا أدري
After the person to be vaccinated had the COVID-19 vaccine, did they experience new chest pain, palpitations, shortness of breath, get a new medical diagnosis or see a provider related to these symptoms? * Yes No I don't know	**بعد الحصول على إحدى جرعات لقاح كوفيد 19، هل اختبر الشخص المعني آلامًا في الصدر، دقّات قلب متسارعة، ضيق في النفس، وهل حصل على تشخيص طبي جديد أو اتصل بأي مزوّد للخدمات بسبب هذه العوارض؟ *** نعم لا لا أدري
Has the person to be vaccinated ever had an allergic reaction to a component of a COVID-19 vaccine including - Polyethylene Glycol, (which is found in some medications such as laxatives) or Polysorbate (which is found in film coated tablets and intravenous steroids)? * Yes No I don't know	**هل واجه الشخص الخاضع للتلقيح أية ردّة فعل حساسيّة بسبب إحدى المكوّنات الموجودة في لقاح كوفيد 19، بما يشمل الغليكول المتعدد الإيثيلين (Polyethylene Glycol) (الموجود أيضا في بعض الأدوية الأخرى مثل المليّنات (laxatives))، أو البولي سوربات (Polysorbate) (الموجود في الأدوية المغطاة بغشاء أو في حقن المنشطات)؟ *** نعم لا لا أدري
Does the person to be vaccinated have any of the following chronic health conditions? - Cancer - Chronic Kidney Disease - COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) or other lung disease - Wheezing or Asthma - Heart conditions such as heart failure, coronary artery	**هل يعاني الشخص الخاضع للتلقيح من أي من الأمراض المزمنة التالية؟ - السرطان – مرض الكلى المزمن – مرض الانسداد الرئوي المزمن أو أي مرض آخر في الرئة – الصفير أو الربو – أمراض القلب، مثل توقف نبضات القلب، الأمراض القلبية التاجية أو اعتلال في**

disease, or cardiomyopathies - Immunocompromised state (weakened immune system) from solid organ transplant, medical condition, or medical treatment. - Sickle Cell Disease. * Yes No I don't know	**عضل القلب – ضعف نظام المناعة نتيجة لعملية زرع أعضاء أو علاج طبي أو ظروف طبية أخرى – داء الكريات المنجلية. *** نعم لا لا أدري
Does the person to be vaccinated have a history of Guillain-Barré Syndrome, multisystem inflammatory syndrome, or blood clot/bleeding disorders or taking an anticoagulant (blood thinners)? * Yes No I don't know	**هل يعاني الشخص الخاضع للتلقيح من متلازمة غيلان باريه (Guillain-Barré)، من متلازمة التهاب الأجهزة المتعددة، أو من تجلّط في الدماء / مشاكل في سيلان الدم، أو يتناول مسيّلات للدماء؟ *** نعم لا لا أدري
Does the person to be vaccinated have a fever? * Yes No I don't know	**هل يعاني الشخص الخاضع للتلقيح من حرارة مرتفعة؟ *** نعم لا لا أدري
Is the person to be vaccinated pregnant or could become pregnant within the next month? * Yes No I don't know	**هل الشخص الخاضع للتلقيح حامل أو قد يصبح حاملا في الشهر المقبل؟*** نعم لا لا أدري
Has the person to be vaccinated ever had a positive test for COVID-19 or has a doctor ever told them that they had COVID-19, or has the person received monoclonal antibody treatment for COVID-19? * Yes No I don't know	**هل أتت نتيجة اختبارات كوفيد 19 إيجابية لدى الشخص الخاضع للتلقيح؟ هل شخّص أي طبيب الشخص الخاضع للتلقيح على أنّه مصاب أو أصيب بكوفيد 19؟ هل خضع الشخص الخاضع للتلقيح لعلاج الأضداد وحيدة النسيلة (monoclonal antibody treatment) ضدّ كوفيد 19؟ *** نعم لا لا أدري
Has the person to be vaccinated ever had a severe allergic reaction (e.g., anaphylaxis) after receiving COVID-19 vaccine, another vaccine, any injectable medication, or any other source such as food, pet, environmental or oral medication? * Yes No I don't know	**هل اختبر الشخص الخاضع للتلقيح ردّة فعل حساسيّة قويّة (مثلا: الإعوار (anaphylaxis)) بعد الحصول على جرعة من لقاح كوفيد 19، أو جرعة من أي لقاح آخر، أو بعد تلقيه أي دواء في الوريد، أو نتيجة لتعرّضه لأي مصدر آخر للحساسية (طعام، حيوان أو دواء فموي)؟ *** نعم لا لا أدري
Does the person to be vaccinated have any of the following chronic health conditions? Obesity (body mass index (BMI) or 30kg/m2 or higher but <40kg/m2 – Severe Obesity (BMT > = 40kg/m2) – Sickle Cell Disease – History of Smoking – Type 2 Diabetes Mellitus * Yes No I don't know	**هل يعاني الشخص الخاضع للتلقيح من أي من الظروف الصحيّة المزمنة التالية: السمنة المفرطة (مؤشر كتلة الجسم 30 كغ / م^2 أو أعلى، لكن أقل من 40 كغ / م^2) – سمنة مفرطة حادة (مؤشر كتلة الجسم 40 كغ / م^2 وما فوق) - داء الكريات المنجلية – تدخين – داء السكري النوع 2*** نعم لا لا أدري
Save and Add a Child/Dependent	**حفظ وإضافة طفل / أشخاص معالين**
5. Add Family	5. إضافة أعضاء من العائلة
6. Consent for Services	6. الموافقة على الخدمات
Please select the desired vaccine for each patient **Vaccines for: <First Name Last Name>*** Pfizer COVID-19 Vaccine (Ages 5-11)	**الرجاء اختيار اللقاح المرغوب به لكل شخص.** **هذا اللقاح من أجل < الاسم واسم العائلة > *** لقاح فايزر ضدّ كوفيد 19 (الفئة العمرية : 5 إلى 11).

Vaccination Information Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine (Ages 12+) **Vaccination Information**	**معلومات حول التلقيح** لقاح فايزر- بيو ن. تيك (BioNTech) ضد كوفيد 19 (الفئة العمرية : 12 وما فوق) **معلومات حول التلقيح**
Vaccine Record of <First Name Last Name> Choose File	**سجل لقاح < الاسم واسم العائلة>** اختر الملف
Consent For <First Name Last Name> * **CONSENT FOR VACCINATION(S) – YOU MUST SIGN HERE FOR YOU/YOUR FAMILY TO BE VACCINATED** By signing this form, I give permission for a vaccination to be administered and a record of the vaccine be entered into a database for use to monitor control of the disease. Further, I agree that the information above is correct, and: (1) I have read information about the vaccine or someone has explained it to me; (2) I understand the risks and benefits of being vaccinated and consent to be vaccinated, and (3) Any questions I had about the vaccine have been answered.	**أوافق على التلقيح من أجل < الاسم واسم العائلة>** **الموافقة على التلقيح – يجب التوقيع هنا من أجل حصولك / حصول عائلتك على اللقاح.** بموجب التوقيع على هذه الاستمارة، أمنح الإذن لكي أحصل على التلقيح ولكي يُدخل سجلّ التلقيح في قاعدة البيانات من أجل رصد المرض والسيطرة عليه. أؤكد على صحّة المعلومات أعلاه وأؤكد على أنني: (1) اطلعت على المعلومات المتعلقة باللقاح، أو فسّر لي أحدهم هذه المعلومات، (2) أفهم المخاطر والمنافع الناجمة عن التلقيح وأوافق على الحصول على اللقاح، (3) حصلت على الأجوبة على كل الأسئلة التي طرحتها حول اللقاح.
Please sign your name here with your finger or a mouse * SIGN MY NAME	**الرجاء التوقيع عنا باستخدام الإصبع أو الفأر *** توقيع
If you are unable to sign your name, please select 'Type My Full Name' TYPE MY FULL NAME First Name Last Name	**إذا تعذّر التوقيع، الرجاء اختيار "طباعة الاسم الكامل"** طباعة الاسم الكامل الاسم اسم العائلة
Relationship to Patient (Select)* **Self** **Parent/Guardian** **Spouse** **Other**	**العلاقة مع الشخص الخاضع للتلقيح (الرجاء اختيار إحدى الإمكانيات) *** **أنا هو الشخص المعني** **قريب / وصي** **زوج / زوجة** **علاقة أخرى**
First Name*	**الاسم ***
Last Name*	**اسم العائلة ***
5. Review	7. مراجعة
Review Your Details **Please review all of the details you have entered. To make any corrections, please click Back to return to previous screens.**	**الرجاء مراجعة المعلومات التي أدخلتها** **الرجاء مراجعة جميع المعلومات التي أدخلتها. إذا أردت القيام بتصحيحات، الرجاء النقر على "عودة إلى الوراء" من أجل الرجوع إلى المعلومات السابقة.**