ENGLISH TEXT	TRANSLATED TEXT
1. Appointment	1. Đặt hẹn
Please select a time for your appointment. The selected time slot will be held for 25 minutes.	Vui lòng chọn thời gian cho cuộc hẹn của bạn. Khoảng thời gian đã chọn sẽ được giữ trong 25 phút.
2. Personal Information	2. Thông tin Cá nhân
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	Vắc-xin Pfizer COVID-19 (5-11 tuổi) dành cho trẻ từ 5 tuổi trở lên. Vắc xin Pfizer-BioNTech COVID-19 (12 tuổi trở lên) dành cho trẻ từ 12 tuổi trở lên
First name*	**Tên***
Middle Initial	**Chữ cái đầu tên đệm**
Last Name*	**Họ***
Mother's Maiden Name	**Tên thời con gái của mẹ**
Race (Select) * American Indian or Alaska Native Asian Black or African-American Native Hawaiian and Pacific Islander White or Caucasian Other Race Refused	**Chủng tộc (Chọn) *** Người Mỹ da đỏ hoặc thổ dân Alaska Người Châu Á Người da đen hoặc người Mỹ gốc Phi Người Hawaii bản địa và người dân đảo Thái Bình Dương Người Da trắng hoặc Cáp-ca Chủng tộc khác Từ chối tiết lộ
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	**Thuộc bộ lạc (Chọn)** Các bộ lạc Biệt khu Chehalis Các bộ lạc Biệt khu Colville Bộ lạc da đỏ Cowlitz Bộ lạc da đỏ Hoh Bộ lạc Jamestown S'Klallam Bộ lạc Kalispel của người da đỏ Bộ lạc Hạ Elwha Klallam Bộ lạc Lummi Bộ lạc Makah Bộ lạc da đỏ Muckleshoot Bộ tộc da đỏ Nisqually Bộ lạc da đỏ Nooksack Bộ lạc Port Gamble S'Klallam Bộ lạc Puyallup của người da đỏ Bộ lạc Quileute Bộ lạc da đỏ Quinault Bộ lạc da đỏ Samish Bộ lạc da đỏ Sauk-Suiattle Bộ lạc Vịnh Shoalwater Bộ lạc da đỏ Skokomish Bộ lạc da đỏ Snoqualmie Bộ lạc Spokane của người da đỏ Bộ lạc đảo Squaxin Bộ lạc Stillaguamish của người da đỏ Bộ lạc Suquamish Bộ lạc da đỏ Swinomvsh Bộ lạc Tulalip Bộ lạc Thượng Skagit Liên minh các bộ lạc da đỏ Yakama Khác
Ethnicity (Select) * Hispanic	**Dân tộc (Chọn) *** Người gốc Tây Ban Nha

Not Hispanic or Latino Refused	Không phải gốc Tây Ban Nha hoặc La tinh Từ chối tiết lộ
Occupation (Select) * Corrections Officer Critical Utilities Education - Teacher, Childcare Farmers First Responder - Firefighter, police Grocery Store Employees Health Care - Direct Patient Contact Health Care - No Direct Patient Contact Long Term Care - Staff and Residents Other Essential Worker Other Postal Worker/Delivery Worker Public Transit Worker Retired Student	**Nghề nghiệp (Chọn) *** Quản giáo Nhân viên các ngành tiện ích chính Giáo dục - Giáo viên, Nhà trẻ mẫu giáo Nông dân Lực lượng tuyến đầu - Lính cứu hỏa, cảnh sát Nhân viên cửa hàng tạp hóa Y tế - Liên hệ trực tiếp với bệnh nhân Y tế - Không tiếp xúc trực tiếp với bệnh nhân Chăm sóc lâu dài - Nhân viên và Cư dân Người lao động trong các ngành thiết yếu khác Khác Nhân viên Bưu điện / Nhân viên Giao hàng Nhân viên trong hệ thống giao thông công cộng Nghỉ hưu Sinh viên
Date of Birth Month (Select) * January February March April May June July August September October November December	**Tháng sinh (Chọn) *** Tháng Một Tháng Hai Tháng Ba Tháng Tư Tháng Năm Tháng Sáu Tháng Bảy Tháng Tám Tháng Chín Tháng Mười Tháng Mười một Tháng Mười hai
Date of Birth Day (Select) * 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21	**Ngày sinh (Chọn) *** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21

22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
Date of Birth Year (Select) *	**Năm sinh (Chọn)** *
1900 1901 1902 1903 1904 1905 1906 1907 1908 1909 1910 1911 1912 1913 1914 1915 1916 1917 1918 1919 1920 1921 1922 1923 1924 1925 1926 1927 1928 1929 1930 1931 1932 1933 1934 1935 1936 1937 1938 1939 1940 1941	1900 1901 1902 1903 1904 1905 1906 1907 1908 1909 1910 1911 1912 1913 1914 1915 1916 1917 1918 1919 1920 1921 1922 1923 1924 1925 1926 1927 1928 1929 1930 1931 1932 1933 1934 1935 1936 1937 1938 1939 1940 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	1993
1994	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	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	**Giới (Chọn) *** Nam Nữ Khác Không xác định
Email Address *	**Địa chỉ email ***
Retype Email Address *	**Gõ lại địa chỉ email ***
Primary Phone Number*	**Số điện thoại chính***
Phone Number Type (Select) * Home Mobile Work N/A	**Loại số điện thoại (Chọn) *** Nhà Di động Nơi làm việc Không có
Address*	**Địa chỉ***
City*	**Thành phố***
State*	**Bang***
Zip Code*	**Mã Bưu Chính***
County (Select) *	**Hạt (Chọn) ***
3. Health Insurance	3. Bảo hiểm y tế
The vaccine is being provided at no cost by the government. Your insurance will be charged for the costs of administering your vaccination	Chính phủ cung cấp vắc-xin miễn phí. Các chi phí tiêm chủng sẽ được tính vào bảo hiểm của bạn
Insurance Type* Private Insurance Medicaid/Medical Assistance	**Loại bảo hiểm *** Bảo hiểm tư nhân Medicaid / Medical Assistance

Medicare No Insurance	Medicare Không có bảo hiểm
4. Health Insurance	4. Bảo hiểm y tế
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.	Nhấp vào đây để xem lại Tờ thông tin về vắc xin Janssen COVID-19: https://www.fda.gov/media/146305/download Nhấp vào đây để xem lại Tờ thông tin về vắc xin Moderna COVID-19: https://www.fda.gov/media/144638/download Nhấp vào đây để xem lại Tờ thông tin về vắc xin Pfizer COVID-19 (5-11 tuổi): https://www.fda.gov/media/153717/download Nhấp vào đây để xem lại Tờ thông tin về vắc xin Pfizer-BioNTech COVID-19 (12 tuổi trở lên): https://www.fda.gov/media/144414/download Bạn phải hoàn thành tất cả các trường có dấu sao.
Select which COVID-19 dose you need. * First Second Booster Additional Dose (For people who are immunocompromised)	**Chọn mũi tiêm COVID-19 bạn cần. *** Mũi một Mũi hai Mũi nhắc lại Mũi bổ sung (Đối với những người bị suy giảm miễn dịch)
Do any of the following apply to you?	**Có điều nào sau đây áp dụng với trường hợp của bạn không?**
Is the person to be vaccinated currently sick? * Yes No I don't know	**Người được tiêm chủng hiện có đang bị ốm không? *** Có Không Tôi không biết
Is the person to be vaccinated breastfeeding (nursing)? * Yes No I don't know	**Người được tiêm chủng có đang cho con bú không? *** Có Không Tôi không biết
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	**Sau khi được tiêm vắc-xin COVID-19, người được tiêm chủng có bị đau ngực, đánh trống ngực, hụt hơi khó thở, cần được chẩn đoán y tế mới hoặc gặp nhà cung cấp dịch vụ y tế liên quan đến các triệu chứng này không? *** Có Không Tôi không biết
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	**Người được tiêm chủng có từng bị dị ứng với thành phần của vắc xin COVID-19 bao gồm - Polyethylene Glycol, (có trong một số loại thuốc như thuốc nhuận tràng) hoặc Polysorbate (có trong viên nén bao phim và steroid tiêm tĩnh mạch) không? *** Có Không Tôi không biết
Does the person to be vaccinated have any of the following chronic health conditions? - Cancer - Chronic Kidney Disease - COPD (Chronic Obstructive	**Người được tiêm chủng có bị bệnh mãn tính nào sau đây không? - Ung thư - Bệnh thận mãn tính - COPD (Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính) hoặc bệnh phổi khác - Thở khò khè**

Pulmonary Disease) or other lung disease - Wheezing or Asthma - Heart conditions such as heart failure, coronary artery disease, or cardiomyopathies - Immunocompromised state (weakened immune system) from solid organ transplant, medical condition, or medical treatment. - Sickle Cell Disease. *	**hoặc hen suyễn - Các bệnh về tim như suy tim, bệnh mạch vành hoặc bệnh cơ tim - Trạng thái suy giảm miễn dịch (hệ miễn dịch suy yếu) do cấy ghép nội tạng rắn, có bệnh hoặc đang điều trị y tế. - Bệnh thiếu máu hồng cầu lưỡi liềm. ***
Yes No I don't know	Có Không Tôi không biết
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)? *	**Người được tiêm chủng có tiền sử Hội chứng Guillain-Barré, hội chứng viêm đa hệ thống, rối loạn đông máu/chảy máu hoặc đang dùng thuốc chống đông máu (thuốc làm loãng máu) không? ***
Yes No I don't know	Có Không Tôi không biết
Does the person to be vaccinated have a fever? *	**Người được tiêm chủng có bị sốt không? ***
Yes No I don't know	Có Không Tôi không biết
Is the person to be vaccinated pregnant or could become pregnant within the next month? *	**Người được tiêm chủng có đang mang thai hoặc có thể mang thai trong tháng tới không? ***
Yes No I don't know	Có Không Tôi không biết
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? *	**Người được tiêm chủng đã bao giờ có kết quả xét nghiệm dương tính với COVID-19 hay đã bao giờ bác sĩ nói với họ rằng họ bị nhiễm COVID-19, hoặc người đó đã được điều trị COVID-19 bằng kháng thể đơn dòng chưa? ***
Yes No I don't know	Có Không Tôi không biết
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? *	**Người được tiêm chủng có từng bị dị ứng nghiêm trọng (ví dụ: sốc phản vệ) sau khi tiêm vắc xin COVID-19, vắc xin khác, bất kỳ loại thuốc tiêm nào, hoặc bất kỳ nguồn nào khác như thức ăn, vật nuôi, môi trường hoặc thuốc uống chưa? ***
Yes No I don't know	Có Không Tôi không biết
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 (BMI > = 40kg/m2) – Sickle Cell Disease – History of Smoking – Type 2 Diabetes Mellitus *	**Người được tiêm chủng có bị bệnh mãn tính nào sau đây không? Béo phì (chỉ số khối cơ thể (BMI) hoặc 30kg/m2 trở lên nhưng <40kg/m2 - Béo phì nặng (BMI> = 40kg/m2) - Bệnh thiếu máu hồng cầu lưỡi liềm - Tiền sử hút thuốc - Đái tháo đường loại 2 ***
Yes No I don't know	Có Không Tôi không biết
Save and Add a Child/Dependent	**Lưu và thêm con / người phụ thuộc**
5. Add Family	5.Thêm gia đình

6. Consent for Services	6.Đồng ý thực hiện Dịch vụ
Please select the desired vaccine for each patient **Vaccines for: <First Name Last Name>*** Pfizer COVID-19 Vaccine (Ages 5-11) **Vaccination Information** Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine (Ages 12+) **Vaccination Information**	**Vui lòng chọn loại vắc xin mong muốn cho từng bệnh nhân** **Vắc xin cho: <Họ và Tên> *** Vắc xin Pfizer COVID-19 (5-11 tuổi) **Thông tin tiêm chủng** Vắc xin Pfizer-BioNTech COVID-19 (12 tuổi trở lên) **Thông tin tiêm chủng**
Vaccine Record of <First Name Last Name> Choose File	**Hồ sơ vắc xin của <Tên Họ>** Chọn tập tin
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.	**Đồng ý cho <Họ và Tên> *** **ĐỒNG Ý CHO TIÊM VĂC-XIN - BẠN PHẢI KÝ VÀO ĐÂY ĐỂ BẠN / GIA ĐÌNH BẠN ĐƯỢC TIÊM CHỦNG** Bằng việc ký tên vào đơn này, tôi cho phép tiêm vắc xin và hồ sơ vắc xin được nhập vào cơ sở dữ liệu theo dõi kiểm soát dịch bệnh. Ngoài ra, tôi đồng ý rằng thông tin ở trên là chính xác và: (1) Tôi đã đọc thông tin về vắc-xin hoặc có người đã giải thích cho tôi; (2) Tôi hiểu những rủi ro và lợi ích của việc tiêm chủng và đồng ý được tiêm chủng, và (3) Mọi thắc mắc của tôi về vắc xin đã được giải đáp.
Please sign your name here with your finger or a mouse * SIGN MY NAME	**Vui lòng ký tên ở đây bằng ngón tay hoặc chuột máy tính *** KÝ TÊN
If you are unable to sign your name, please select 'Type My Full Name' TYPE MY FULL NAME First Name Last Name	**Nếu bạn không thể ký tên, vui lòng chọn 'Nhập Tên đầy đủ của Tôi'** NHẬP TÊN ĐẦY ĐỦ CỦA TÔI Tên Họ
Relationship to Patient (Select)* **Self** **Parent/Guardian** **Spouse** **Other**	**Mối quan hệ với Bệnh nhân (Chọn) *** **Bản thân** **Cha mẹ / Người giám hộ** **Vợ /chồng** **Khác**
First Name*	**Tên ***
Last Name*	**Họ***
7. Review	7. Rà soát
Review Your Details **Please review all of the details you have entered. To make any corrections, please click Back to return to previous screens.**	**Rà soát thông tin chi tiết của bạn** **Vui lòng rà soát tất cả các thông tin chi tiết bạn đã nhập vào. Để chỉnh sửa bất kỳ chi tiết nào, vui lòng nhấp vào Quay lại để quay lại màn hình trước đó.**