

## Get Ready for COVID Vaccination Registration! 코로나백신 접종예약을 위한 준비

Please fill out this form and have it with you. This form is based on CalVax/PrepMod, California Registration Program. Having the necessary information on hand will make the registration process easier. You can update the information during the online registration. All questions must be answered to complete the online registration.

이 양식을 작성한 뒤 지니고 다니십시오. 이 양식은 현재 사용되고 있는 캘리포니아 접종 예약 양식을 토대로 만든 것입니다. 이 양식에 기재한 내용은 귀하가 접종 예약을 할 때 도움이 될 것입니다. 온라인 예약시, 모든 질문에 답해야 하며 필요한 경우, 내용을 수정, 추가, 보완하시면 됩니다.

### Personal Information 개인정보

First Name 이름		Middle Initial 중간이름 이니셜	Last Name 성		Mother's Maiden Name 어머니 결혼 전 성	
Race 인종		Ethnicity 민족	Occupation 직업	Date of Birth 생년월일	Age 나이	Gender 성별
Asian		Non-Hispanic		월 / 일 / 연도		
Email Address 이메일주소		Retype Email Address 이메일주소 확인		Primary Phone Number 주요 전화번호		Phone Number Type 전화 유형
Address 주소			City 시	State 주	Zip Code 집코드	County 거주 카운티
						Los Angeles

### Health Insurance 건강보험 정보

Insurance Type 건강보험 종류		Insurance Company Name 보험플랜 회사이름			
Member ID Number 회원번호		Group Number 그룹번호			
Medical Assistance, Recipients Number or Any other number on card 카드에 나온 번호		Policy Holder first Name 가입자 이름		Policy Holder Last Name 가입자 성	
Policy Holder Date of Birth 회원 생년월일			Policy Holder Relation to Client 가입자와의 관계		
Upload the FRONT of your insurance card 보험카드 앞장 사진 업로드			Upload the BACK of your insurance card 보험카드 뒷장 사진 업로드		

\*온라인 예약을 하려면 이메일주소가 반드시 필요합니다.

\*건강보험이 없으면 건강보험 종류 항목 중 'No Insurance'를 선택하면 됩니다.

\*건강보험이 있으면 보험카드 앞장과 뒷장 사진을 찍어 온라인 예약 시 업로드해야 합니다.

## Health Questions 건강상태

Is this your first or second COVID-19 vaccination? 이번이 1 차 또는 2 차 백신접종입니까?

First       Second

Do you have any of the following chronic health conditions? 다음의 만성질환이 있습니까?

- Cancer 암
- Chronic Kidney Disease 만성 신장질환
- COPD (Chronic Obstructive pulmonary disease) 만성 폐쇄성 폐질환
- Heart conditions - heart failure, coronary artery disease, cardiomyopathies 심부전, 관상동맥질환, 심근경색 등 심장질환
- Immunocompromised state (weakened immune system) from solid organ transplant 장기이식으로 면역력이 약화된 상태
- Obesity (body mass index [BMI] of 30 kg/m<sup>2</sup> or higher but < 40 kg/m<sup>2</sup>) 비만 (신체질량지수가 30 이상, 40 미만인 경우)
- Severe Obesity (BMT > = 40 kg/m<sup>2</sup>) 고도비만 (신체질량지수가 40 이상인 경우)
- Pregnancy 임신
- Sickle Cell disease 용혈빈혈
- Smoking 흡연
- Type 2 diabetes mellitus 2 형 당뇨

Yes 네       No 아니오       I don't know 잘 모르겠음

Have you previously received a COVID-19 vaccine? 이전에 코로나백신을 맞은 적이 있습니까?

Yes 네       No 아니오       I don't know 잘 모르겠음

Have you had a severe allergic reaction (e.g., anaphylaxis) to a COVID-19 vaccine, a component of the COVID-19 vaccine (including polyethylene glycol (PEG), which is found in some medications, such as laxatives and preparations for colonoscopy procedures) or Polysorbate? 코로나백신 또는 백신성분(PEG, 완화제나 대장내시경 전 준비에 필요한 약물 등에 들어있음)에 급성 알레르기 반응(아나필락시스)을 보인 적이 있습니까?

Yes 네       No 아니오       I don't know 잘 모르겠음

Have you had a severe allergic reaction (e.g. anaphylaxis) to another vaccine (not including Pfizer-BioNTech or Moderna Vaccine) or any other injectable medication? 다른 백신이나 주입식 의약품에 급성 알레르기 반응(아나필락시스)을 보인 적이 있습니까?

Yes 네       No 아니오       I don't know 잘 모르겠음

Do you have a bleeding disorder or are you taking a blood thinner? 응고병증이 있거나 혈전생성억제제를 복용하고 있습니까?

Yes 네       No 아니오       I don't know 잘 모르겠음

Do you have a weakened immune system caused by something such as HIV infection or cancer or do you take immunosuppressive drugs or therapies? HIV 약, 암, 항암제 복용 및 치료로 면역력이 약화된 상태입니까?

Yes 네       No 아니오       I don't know 잘 모르겠음

Do you have a fever? 열이 있습니까?

( ) Yes 네 ( ) No 아니오 ( ) I don't know 잘 모르겠음

Are you feeling sick? 아프거나 컨디션이 좋지 않습니까?

( ) Yes 네 ( ) No 아니오 ( ) I don't know 잘 모르겠음

Are you pregnant? 임신 중입니까?

( ) Yes 네 ( ) No 아니오 ( ) I don't know 잘 모르겠음

Could you become pregnant in the next several weeks? 앞으로 몇 주 안에 임신할 계획이 있습니까?

( ) Yes 네 ( ) No 아니오 ( ) I don't know 잘 모르겠음

Are you breastfeeding (nursing)? 모유 수유 중입니까?

( ) Yes 네 ( ) No 아니오 ( ) I don't know 잘 모르겠음

Have you received another vaccine in the last 14 days? 지난 14 일 동안 백신을 맞은 적이 있습니까?

( ) Yes 네 ( ) No 아니오 ( ) I don't know 잘 모르겠음

Have you ever had a severe allergic reaction (e.g., anaphylaxis) to something other than a component of COVID-19 vaccine, polysorbate, or any vaccine or injectable medication? This would include food, pet, environmental, or oral medication allergies. 코비나백신 또는 성분 등 외 음식이나 동물, 환경, 경구투약에 대한 급성 알레르기 반응(아나필락시스)을 보인 적이 있습니까?

( ) Yes 네 ( ) No 아니오 ( ) I don't know 잘 모르겠음

Have you received passive antibody therapy (monoclonal antibodies or convalescent serum) as treatment for COVID-19? 코로나에 걸려 항체 또는 혈장 치료를 받은 적이 있습니까?

( ) Yes 네 ( ) No 아니오 ( ) I don't know 잘 모르겠음

Have you had a positive test for COVID-19 or has a doctor ever told you that you had COVID-19? 코로나에 걸린 적이 있습니까?

( ) Yes 네 ( ) No 아니오 ( ) I don't know 잘 모르겠음

### Consent for Services **접종 동의**

<p>Consent for Vaccination – You must Sign This to Receive this Service 백신을 맞으려면 반드시 서명해야 합니다.          In signing this form, I give permission to be vaccinated and understand that my vaccination will be entered into my local California Immunization Registry (CAIR2, HealthFutures or SIDR). Further, I agree that:</p> <p>(1) The information provided is correct          (2) I have read the EUA Fact Sheet provided          (3) I understand the risks and benefits of getting the vaccine(s) and consent for me and my family to be vaccinated          (4) Any questions I had about the vaccine(s) have been answered;</p>			
Sign My Name 서명		Type My Full Name 서명 대신 이름 기입	
Date 서명날짜	Relationship to Patient 환자와의 관계	First Name 이름	Last Name 성

## 코로나백신 접종 전 준비 및 당일 주의사항

- 예약은 온라인으로 이뤄집니다. 온라인 예약 등을 위해서는 이메일주소가 필요합니다.
- 예약과정에서 건강보험이 없다면 'No Insurance'를 선택하면 됩니다. 보험이 있다면 보험 종류(Private, Medicaid, Medicare 중)를 선택하고 보험카드 앞장과 뒷장 사진을 찍어 업로드해야 합니다.
- 접종당일, 나이와 거주지를 증명하는 신분증이나 서류를 지참하십시오.
  - 운전면허증, 캘리포니아 ID 또는 리얼 ID
  - 나이 증명: 메디케어 카드, 여권 등
  - 거주지 증명: 우편소인 찍힌 편지 또는 공과금(유틸리티) 청구서 등
- 백신을 신속하게 맞기 위해 반팔 소매 상의를 입고 겹옷을 준비하십시오.
- 반드시 마스크를 쓰고 사회적 거리두기를 지켜주십시오.

## 접종 후 주의사항

- 접종 관련 각종 안내와 확인은 이메일이나 문자를 통해 이뤄집니다. 또 1차 접종을 마친 뒤 2차 접종 예약을 해야 합니다. 자동으로 되기도 하지만 접종센터에서 2차 접종 예약을 위한 이메일이나 문자를 보낼 것입니다.
  - 화이저 백신을 맞았다면 최소 21일 후에, 모더나 백신을 맞았다면 최소 28일 후에 2차 접종을 해야 합니다.
- 1차 접종 후 접종카드(Vaccination Record Card)를 받게 되는데 이 카드는 잘 보관했다가 2차 접종 때 반드시 지참해야 합니다.
- 혹시 부작용이 있는지 몸 상태를 살펴보십시오. 주사를 맞은 팔이 붓거나 빠근할 수 있습니다. 열이 나거나 오한이 있거나 피곤하거나 몸살기운 또는 두통이 있을 수 있습니다. 이는 정상입니다.
- 급성 알레르기 반응 등 심각한 부작용이 나타나거나 접종 후 궁금한 점이 있으면 본인의 주치의 또는 담당의나 보건당국에 연락하십시오. 백신을 맞은 장소(의료기관, 약국 등)는 이에 대한 후속조치를 취할 수 없습니다.

## 기타

- 코로나백신은 무료입니다. 백신비용은 정부가 부담합니다. 건강보험 정보를 묻는 이유는 접종비를 보험사에 청구하기 위함입니다.
- 코로나백신은 체류신분, 건강보험 가입여부에 상관없이 누구나 맞을 수 있습니다. 서류미비자 등도, 보험이 없어도 접종할 수 있습니다.



**Kheir Clinic**  
이웃케어클리닉  
Kheir Community Clinic  
**Clínica Kheir**