

# Tổng Đài Hỗ Trợ COVID-19

## Immunization Record Request Form

Cần nhận dạng chính xác để truy xuất hồ sơ (chẳng hạn như Giấy Phép Lái Xe, Giấy Tờ Tỳ Thân tại Tiểu Bang hoặc Hộ Chiếu) Đính kèm bản sao giấy tờ tỳ thân của quý vị cùng với yêu cầu này.

### Thông Tin Bệnh Nhân

<b>Họ</b> First Name	<b>Tên</b> Last Name	<b>Tên Đệm</b> Middle Name
<b>Ngày Sinh</b> Date of Birth	<b>Địa Chỉ</b> Address	
<b>Thành Phố</b> City	<b>Tiểu Bang</b> State	<b>Mã Bưu Chính</b> Zipcode

### Thông Tin của Người Yêu Cầu

<b>Họ</b> First Name	<b>Tên</b> Last Name	<b>Tên Đệm</b> Middle Name
<b>Quan Hệ với Bệnh Nhân</b> (bản thân, mẹ, v.v) Relationship to Patient		<b>Địa Chỉ</b> Address
<b>Thành Phố</b> City	<b>Tiểu Bang</b> State	<b>Mã Bưu Chính</b> Zipcode
<b>Số Điện Thoại</b> Phone Number	<b>Số Fax</b>	<b>Email</b>
<b>Chữ Ký</b> Signature		<b>Ngày Yêu Cầu</b> Today's Date

**Số Điện Thoại:** 215-685-5488

**Quét và gửi email:** [covid@phila.gov](mailto:covid@phila.gov)

**Thư: PhilaVax**  
1101 Market St., 12th Fl.  
Philadelphia, PA 19107

#### Phần Dành Cho Nhân Viên: For Official Use Only:

Approved By: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Type of ID: \_\_\_\_\_

ID #: \_\_\_\_\_