Multnomah County

رضایتنامه آگاهانه ویژه افراد زیر سن قانونی دریافت‌کننده واکسن فایزر کووید-19

من قادر نیستم فرزند یا کودک تحت سرپرستی خود را در کلینیک واکسیناسیون همراهی کنم. من

به _____ اجازه می‌دهم تا فرزندم را برای دریافت واکسن همراهی کند.

ز قبل برگه اطلاعات مجوز استعمال اورژانسی یا درک برگه اطلاعاتی را در خصوص واکسن Pfizer COVID-19 مرور کرده‌ام و به آنها دسترسی دارم. اگر در مورد واکسن یا فرایند واکسن به اطلاعات بیشتری نیاز داشته باشم، فردی که فرزندم را آورده است با من تماس می‌گیرد تا با یکی از تزریق کنندگان واکسن صحبت کنم.

"برگه‌های اطلاعاتی" و "پرسشنامه غربالگری" را در وب‌سایت بیابید: multco.us/COVIDFamilyForms

لطفاً یکی از گزینه‌های زیر را تیک بزنید

_____من پرسشنامه غربالگری را چاپ کرده‌ام / تکمیل کرده‌ام و همراه فرزندم آورده خواهد شد

_____شخصی که فرزندم را همراهی کرد اطلاعات پزشکی مورد نیاز برای پرسشنامه غربالگری را دارد یا می‌تواند برای دریافت اطلاعات بیشتر با من تماس بگیرد

شماره تلفن ولی : _____

من از خطرات و مزایای این واکسن مطلع هستم و رضایت می‌دهم که فرزندم واکسن فایزر بایون‌تک را بر اساس مجوز استفاده اورژانسی دریافت کند.

_____ _____

نام کامل کودک

تاریخ تولد کودک
(کودک باید حداقل 5 ساله باشد)

_____ _____ _____

نام ولی یا سرپرست قانونی

امضاء

تاریخ امروز

توجه: لازم است یک بزرگسال در طول کل فرایند واکسن در کنار نوجوان بماند