Multnomah County

Pfizer COVID-19 खोप लगाउने नाबालकका लागि सूचित सहमति

म मेरो बच्चालाई खोप लगाउने क्लिनिकमा वा कानूनी वार्डमा साथ दिन असक्षम छु। म मेरो बच्चालाई खोप

लगाउनु को लागि _____ ल्याउन मेरो अनुमति दिन्छु।

मैले पहिले नै Pfizer कोभिड-19 खोपको सम्बन्धमा “आपतकालीन प्रयोगसम्बन्धी अधिकारको तथ्य पाना ” वा “ तथ्य पाना बुझ्ने “ को समीक्षा गरिसकेको छु र मसँग यसमा पहुँच छ। मलाई खोप वा खोपको प्रक्रियाको बारेमा थप जानकारी आवश्यक परेमा मेरो बच्चालाई ल्याउने व्यक्तिले खोप लगाइदिने व्यक्तिसँग कुरा गर्नका लागि फोनमार्फत मलाई सम्पर्क गर्नुहुनेछ।

वेबसाइटमा "तथ्य पानाहरू" र "परीक्षण प्रश्नावली" खोज्नुहोस् ”: multco.us/COVIDFamilyForms

कृपया निम्नमध्ये एउटामा ठीक चिन्ह लगाउनुहोस्

_____ मैले परीक्षणसम्बन्धी प्रश्नावली प्रिन्ट / पूरा गरेको छु र त्यसलाई बच्चासँगै ल्याइनेछ

_____ मेरो बच्चालाई ल्याउने व्यक्तिसँग परीक्षणसम्बन्धि प्रश्नावलीको लागि आवश्यक पर्ने चिकित्सा जानकारी छ वा थप जानकारीका लागि मलाई सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ

आमाबुवाको फोन नम्बर: _____

मैले खोपका जोखिम र लाभहरूको बारेमा बुझेको छु र मैले आपतकालीन प्रयोगसम्बन्धी अधिकार अन्तर्गत मेरो बच्चालाई Pfizer BioNTech खोप लगाउनका लागि मेरो सहमति दिन्छु।

_____ _____

बच्चाको पूरा नाम

बच्चाको जन्म मिति
(बच्चा कम्तीमा पनि 5 वर्ष उमेको हुनुपर्छ)

_____ _____ _____

आमाबुवा वा कानूनी अभिभावकको नाम हस्ताक्षर आजको मिति

ध्यान दिनुपर्ने कुरा: खोप प्रक्रियाभरि नै एकजना वयस्क व्यक्ति बच्चासँगै रहनुपर्छ।