Multnomah County

การแจ้งความยินยอมสำหรับผู้เยาว์ที่จะรับวัคซีน Pfizer COVID-19

ฉันไม่สามารถพาบุตรหรือผู้ป่วยตามกฎหมายไปที่คลินิกวัคซีนได้ ฉันจึงอนุญาต

ให้ _____ เพื่อพาบุตรของฉันไปฉีดวัคซีน

ข้าพเจ้าได้ทบทวนและสามารถเข้าถึง เอกสารข้อมูลการอนุญาตใช้งานฉุกเฉิน หรือ การทำความเข้าใจเอกสารข้อมูล เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ของไฟเซอร์ (Pfizer) ถ้าหากข้าพเจ้าต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับวัคซีนหรือกระบวนการฉีดวัคซีน บุคคลที่พาบุตรของข้าพเจ้ามาฉีดวัคซีนจะติดต่อข้าพเจ้าทางโทรศัพท์เพื่อพูดคุยกับผู้ฉีดวัคซีน

ค้นหา "เอกสารข้อมูล" และ "แบบสอบถามคัดกรอง" บนเว็บไซต์: multco.us/COVIDFamilyForms

กรุณากาเครื่องหมายที่ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

_____ ฉันได้จัดพิมพ์ / กรอกแบบสอบถามการตรวจคัดกรองแล้ว และจะให้นำไปพร้อมกับบุตร

_____ บุคคลที่พาบุตรของฉันมาด้วยมีข้อมูลทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับแบบสอบถามการตรวจคัดกรอง หรือสามารถติดต่อฉันเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมได้

หมายเลขโทรศัพท์ของผู้ปกครอง : _____

ฉันเข้าใจความเสี่ยงและประโยชน์ของวัคซีน และยินยอมให้บุตรของฉันได้รับวัคซีน Pfizer BioNTech ภายใต้การอนุมัติให้ใช้ในกรณีฉุกเฉิน

_____ _____

ชื่อ-นามสกุลของบุตร วัน/เดือน/ปีเกิดของบุตร (บุตรต้องมีอายุไม่ต่ำกว่า **5** ปี)

_____ _____ _____

ชื่อบิดา/มารดาหรือผู้ปกครองตามกฎหมาย ลายมือชื่อ วันที่วันนี้

หมายเหตุ:
ผู้ใหญ่จะต้องอยู่กับเยาวชนตลอดทั้งกระบวนการฉีดวัคซีน