

GIẤY CHẤP NHẬN CHÍCH NGỪA COVID-19

cho các địa điểm chích ngừa của Sở Y Tế Công Cộng - Seattle & Quận King

Tên Đầy Đủ _____ Ngày Sinh _____ Tuổi _____

Lời xác định: Tôi đã được tạo cơ hội để xem lại Tờ Thông Tin Về Thuốc Vắc-xin COVID-19 Cho Người Được Tiêm và Người Chăm Sóc Sức Khỏe. Tôi hiểu rằng tôi có thể xem lại Tờ Thông Tin ngay tại chỗ hoặc xem trực tuyến.

Tờ thông tin về vắc xin COVID-19 của Pfizer-BioNTech:

- www.fda.gov/media/167283/download

Tờ thông tin về vắc xin COVID-19 của Moderna:

- www.fda.gov/media/167288/download

Tờ thông tin về vắc-xin Novavax cho COVID-19:

- Độ tuổi 12 tuổi trở lên: www.fda.gov/media/161222/download



MÃ QR ĐỂ XEM
THÔNG TIN VẮC XIN

Có thêm thông tin bổ sung về các vắc xin COVID-19 tại:
kingcounty.gov/yourvaccine/vietnamese (Mã QR ở trên)

Cam kết của người lớn được ủy quyền: Tôi được ủy quyền cho phép người có tên ở trên được chích vắc-xin. Việc chích vắc-xin cho người có tên ở trên là do tôi yêu cầu. Người được chích ngừa phải ở lại địa điểm chích 15-30 phút sau khi chích để theo dõi các phản ứng phụ với vắc-xin và can thiệp y tế nếu cần thiết, và tôi hiểu điều đó.

Chữ ký của người lớn được ủy quyền

Ghi tên của Người Lớn Được Ủy Quyền bằng chữ cái viết hoa Ngày ký

HOẶC

For Vaccine Site:

Verbal consent by _____ given by _____ to _____ on _____
Authorized Adult Name Phone/Device Staff Name Date

Cam kết của người vị thành niên: Tôi là người vị thành niên được hưởng quyền lợi người trưởng thành hợp pháp, hoặc người vị thành niên kết hôn với một người trưởng thành, hoặc gần đây được xác định là một vị thành niên trưởng thành. Tôi yêu cầu được chích ngừa. Người được chích phải ở lại địa điểm chích 15-30 phút sau khi chích để theo dõi các phản ứng phụ với vắc-xin và can thiệp y tế nếu cần thiết, và tôi hiểu điều đó.

Chữ ký của người vị thành niên

Ngày ký