



إستمارة الموافقة على التطعيم ضد COVID-19

الصحة العامة ومواقع التطعيم في سياتل ومقاطعة كينغ

إسم المريض _____ تاريخ الميلاد _____ السن _____

إعتراف: إقرار: لقد أتيت لي فرصة لمراجعة الحقائق والمعلومات حول لقاح COVID-19 الخاصة بمتلقي اللقاح ومقدمي الرعاية. أتفهم أنه يمكنني مراجعة الحقائق والمعلومات في موقع الزيارة أو عبر الإنترنت.



حقائق ومعلومات حول لقاح Pfizer-BioNTech المضاد ل COVID-19: (باللغة الإنجليزية)

www.fda.gov/media/167212/download

حقائق ومعلومات حول لقاح Moderna المضاد ل COVID-19: (باللغة الإنجليزية)

www.fda.gov/media/167209/download

استمارة بيانات وقائع لقاح نوفافاكس COVID-19 (Novavax): (باللغة الإنجليزية)

الأعمار 12 عاما فما فوق: www.fda.gov/media/159898/download

يمكن الحصول على معلومات إضافية حول لقاحات COVID-19 من خلال المصادر التالية:
kingcounty.gov/yourvaccine/arabic (أو امسح رمز الاستجابة السريعة أعلاه)

موافقة شخص بالغ مصرح له: أنا مخول أو أصرح بالموافقة على أن يتلقى المريض المذكور أعلاه هذا اللقاح و أطلب إعطاء اللقاح للشخص المذكور إسمه أعلاه. أفهم أن المستفيد (المريض) يجب أن يبقى في موقع اللقاح لمدة 15 إلى 30 دقيقة بعد تلقي اللقاح من أجل مراقبة ورصد أي تفاعلات فورية محتملة ذات الصلة باللقاح والآثار الجانبية وتلقي التدخل الطبي عند الحاجة أو عند الضرورة .

توقيع الشخص البالغ المخول له _____ كتابة الاسم كامل للبالغين المعتمدين _____ التاريخ _____

أو

For Vaccine Site:

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

موافقة الشخص القاصر: أنا قاصر متحرر قانونيا، قاصر متزوج (ة) من شخص بالغ أو قاصر ناضج حسب قانون القاصرين أطلب بأن أتلقى اللقاح وأفهم أنني يتوجب علي أن أبقى في موقع اللقاح لمدة 15 إلى 30 دقيقة بعد تلقي اللقاح من أجل مراقبة ورصد أي تفاعلات فورية محتملة ناتجة عن اللقاح والآثار الجانبية وتلقي التدخل الطبي إذا اقتضى الحال أو عند الحاجة.

توقيع المتحرر(ة)/متزوج (ة) من شخص بالغ/ قاصر ناضج _____ التاريخ _____