



فرم رضایت واکسین کوید-۱۹

برای مراکز صحت عامه - سایت های واکسیناسیون سیاتل و کینگ کانٹی

اسم مریض _____ سن _____ سال تولد _____ سن _____

تصدیق: برای من فرصتی فراهم شده است تا ورق معلوماتی واکسن COVID-19 را برای گیرندگان و مراقبت کنندگان مورد بررسی قرار دهم. من در مورد اینکه می توانم ورق معلومات را در محل دریافت واکسن یا بصورت آنلاین بررسی نمایم، آگاهی دارم.

ورق معلومات COVID-19 Pfizer-BioNTech: (به زبان انگلیسی)

• www.fda.gov/media/167212/download

ورق اطلاعات واکسن COVID-19 Moderna: (به زبان انگلیسی)

• www.fda.gov/media/167209/download

ورق معلوماتی واکسن COVID-19 Novavax: (به زبان انگلیسی)

• سنین ۱۲ سال به بالا: www.fda.gov/media/159898/download

معلومات اضافی در مورد واکسن های COVID-19 در ادرس ذیل قابل دسترس است:

kingcounty.gov/yourvaccine/dari (د QR بالا)

رضایت نامه بزرگسالان: من رضایت و صلاحیت دارم به نام فوق که در بالای صفحه ذکر شده تا واکسین را دریافت نمایم. من تقاضا دارم که واکسن به بیمار فوق الذکر داده شود. من درک می کنم که بیمار باید 15 تا 30 دقیقه پس از دریافت واکسن در محل واکسن بماند تا از نظر واکنش های فوری بالقوه مربوط به واکسن و عوارض جانبی کنترل شود و در صورت لزوم مداخله صحی در را یافت کند.

امضای بزرگسال مجاز _____ ، _____ ،
درج اسم بزرگسال واجد شرایط _____ ،
تاریخ _____

OR

For Vaccine Site:

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

رضایت شخص زیر سن: من یک صغیر رها شده قانونی ، یک صغیر متاهل با یک بزرگسال هستم ، یا برای من یک صغیر بالغ تعیین شده است. من درخواست می کنم که واکسین به من تزریق شود. من درک می کنم که پس از دریافت واکسین باید 15 تا 30 دقیقه در محل واکسین بمانم تا از نظر واکنش های فوری بالقوه مربوط به واکسین و عوارض جانبی آن تحت نظر قرار بگیرم و در صورت لزوم مداخله صحی لازم را دریافت کنم.

امضای آزاد شده/متاهل با یک خردسال بالغ/ بالغ _____ ،
تاریخ _____