



فرم رضایت واکسیناسیون کوید-۱۹

برای بهداشت عمومی - سایت های واکسیناسیون سیاتل و کینگ کانٹی

سن

تاریخ تولد

اسم مریض

تصدیق: برای من فرصتی فراهم شده است تا برگه اطلاعات واکسن COVID-19 را برای گیرندگان و مراقبان بررسی کنم. من در مورد اینکه می توانم برگه اطلاعات را در محل دریافت واکسن یا بصورت آنلاین بررسی نمایم، آگاهی دارم.

برگه اطلاعات COVID-19 Pfizer-BioNTech: (به زبان انگلیسی)

www.fda.gov/media/167212/download

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

www.fda.gov/media/167209/download

برگه اطلاعات واکسن COVID-19 Novavax: (به زبان انگلیسی)

• رده سنی ۱۲ سال و بالاتر: www.fda.gov/media/159898/download

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

kingcounty.gov/yourvaccine/farsi (کد QR بالا)



کد QR برای
اطلاعات واکسن

رضایت نامه مجاز بزرگسالان: من منحصراً مجوز مریض که در بالا اسمش ذکر شده اجازه می دهم تا واکسن را دریافت کند. من تقاضا می کنم که واکسن به بیمار فوق الذکر تطبیق شود. من درک می کنم که بیمار باید ۱۵ تا ۳۰ دقیقه پس از دریافت واکسن در محل واکسن بماند تا از نظر واکنش های فوری بالقوه مربوط به واکسن و عوارض جانبی کنترل و بررسی شود و در صورت لزوم تحت مراقبت پزشکی دریافت کند.

تاریخ

درج اسم بزرگسال واجد شرایط

امضاء شخص مجوز بزرگسال

For Vaccine Site:

Verbal consent by _____ given by _____ to _____ on _____

Authorized Adult Name

Phone/Device

Staff Name

Date

رضایت صغیر: من یک صغیر (زیر سن ۱۸) قانوناً آزاد، یک صغیر متاهل با یک بزرگسال هستم، یا من یک صغیر بالغ تعیین شده هستم. من درخواست می کنم که واکسن به من تزریق شود. من درک می کنم که پس از دریافت واکسن باید ۱۵ تا ۳۰ دقیقه در محل واکسن بمانم تا از نظر واکنش های فوری بالقوه مربوط به واکسن و عوارض جانبی تحت نظر قرار بگیرم و در صورت لزوم مداخله پزشکی دریافت کنم.

تاریخ

امضای صغیر آزاد / متاهل با یک بزرگسال صغیر / بزرگسال صغیر