

ФОРМУЛЯР ЗГОДИ НА ОТРИМАННЯ ВАКЦИНИ ПРОТИ COVID-19 у місцях вакцинації Охорони публічного здоров'я Сіетлу та округи Кінг

Ім'я пацієнта _____ Дата народження _____ Вік _____

Підтвердження: мені було надано можливість ознайомитися з інформаційним бюлетенем з вакцинації проти COVID-19 для одержувачів щеплення та доглядувачів. Я розумію, що можу ознайомитися з інформаційним бюлетенем на місці або в Інтернеті.

Інформаційний бюлетень про вакцину проти COVID-19 від Pfizer-BioNTech: (англійською)

- www.fda.gov/media/167212/download

Інформаційний бюлетень про вакцину проти COVID-19 від Moderna: (англійською)

- www.fda.gov/media/167209/download

Інформаційний бюлетень про вакцину Novavax від COVID-19: (англійською)

- Вік від 12 років і старше: www.fda.gov/media/159898/download

Додаткова інформація про вакцини проти COVID-19 доступна за адресою:
kingcounty.gov/yourvaccine/ukrainian (QR-код вище)



QR-КОД ДЛЯ
ОТРИМАННЯ
ІНФОРМАЦІЇ
ПРО ВАКЦИНУ

Згода уповноваженого дорослого: Я уповноважений дати згоду на те, що зазначений вище пацієнт може отримати цю вакцину. Я замовляю надати вакцину вищезазначеному пацієнту. Я розумію, що пацієнт повинен знаходитись у місті вакцинації від 15 до 30 хвилин після отримання вакцини, щоб спостерігати за потенційними негайними реакціями та побічними ефектами, пов'язаними з вакциною, та отримати медичне втручання, якщо це необхідно.

Підпис уповноваженого дорослого

Ім'я уповноваженого дорослого друкованими літерами

Дата

АБО

For Vaccine Site:

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

Згода неповнолітнього: Я- законно емансипована неповнолітня особа, неповнолітня особа, яка одружена з дорослим, або особа, яка була визначена зрілою у неповнолітньому віці. Я замовляю, щоб мені була надана вакцина. Я розумію, що повинен/повинна залишатися в місті вакцинації протягом 15-30 хвилин після прийому вакцини, щоб спостерігати за потенційними негайними реакціями та побічними ефектами, пов'язаними з вакциною, та отримувати медичне втручання, якщо це стане необхідно.

Підпис емансипованої/одруженої з дорослим /зрілої неповнолітньої особи

Дата