

موافقة لتلقي لقاح كوفيد-19

للأفراد أقل من 18 عامًا

القسم 1: معلومات حول الطفل الذي سيتلقى لقاح كوفيد-19 (يرجى الكتابة بأحرف واضحة):

اسم الطفل (الأخير، الأول، الأوسط) تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة) العمر
عنوان الشارع المدينة الولاية الرمز البريدي

رقم الهاتف

القسم 2: معلومات عن مخاطر وفوائد لقاح كوفيد-19 (لقاح فايزر ولقاح مودرنا).

منحت إدارة الغذاء والدواء الأمريكية (FDA) تصريحًا بالاستخدام الطارئ للقاحي فايزر ومودرنا للوقاية من مرض كوفيد-19 لدى الأفراد الذين تبلغ أعمارهم 6 أشهر فما فوق. لم توافق إدارة الغذاء والدواء الأمريكية بعد على ترخيص اللقاح لوقاية أي فرد دون سن 16 عامًا من الإصابة. يرجى قراءة "صحيفة الوقائع للمتلقين ومقدمي الرعاية" المنشورة على الموقع الإلكتروني لإدارة الغذاء والدواء الأمريكية لمعرفة المزيد حول مخاطر [لقاح فايزر](#) و [لقاح مودرنا وفوائدهما وآثارهما الجانبية](#). هناك صحائف وقائع مختلفة لمختلف الفئات العمرية.

القسم 3: الموافقة.

لقد راجعت المعلومات المقدمة عن مخاطر وفوائد لقاحات كوفيد-19 المدرجة في القسم 2 أعلاه وأفهمتها. أنا أوافق على ما يلي:

1. راجعت نموذج الموافقة هذا وقرأت وفهمت "صحيفة حقائق المتلقين ومقدمي الرعاية" حول المخاطر والفوائد المحتملة لكل من لقاح فايزر ولقاح مودرنا.

2. أمتلك السلطة القانونية للموافقة على تلقي الطفل المذكور اسمه أعلاه للقاح فايزر أو لقاح مودرنا.

3. أعلم أنني لست مطالبًا بمرافقة الطفل المذكور اسمه أعلاه في موعد تلقي اللقاح، وأنه بمنح موافقتي أدناه، سيتلقى الطفل لقاح فايزر أو لقاح مودرنا سواء كنت موجودًا خلال موعد تلقي اللقاح أم لا.

4. أفهم أنه بموجب قانون الولاية (القسم رقم 120440 من قانون الصحة والسلامة)، سيتم الإبلاغ عن جميع التحصينات لسجل التحصين بولاية كاليفورنيا (CAIR2). أفهم أن المعلومات الموجودة في CAIR2 الخاص بالطفل ستتم مشاركتها مع إدارة الصحة المحلية و إدارة الصحة العامة بالولاية، وسيتم التعامل معها على أنها معلومات طبية سرية، ويجب استخدامها فقط للمشاركة مع بعضها البعض أو وفقًا لما يسمح به القانون. يجوز لي أن أرفض السماح بمشاركة المعلومات على نطاق أوسع ويمكنني طلب قفل سجل CAIR2 من خلال زيارة النموذج الإلكتروني المتوفر على الرابط [طلب قفل سجل CAIR2](#).

أمنح موافقتي على تلقي الطفل المذكور اسمه في الجزء العلوي من هذا النموذج لقاح فايزر أو مودرنا الخاص بكوفيد-19 وراجعت المعلومات المتضمنة في هذا النموذج وأوافق عليها.

الاسم (الأخير، الأول، الأوسط)

التاريخ

التوقيع

العنوان في حال كان مختلفًا عن المذكور أعلاه

الصلة بالطفل

رقم الهاتف في حال كان مختلفًا عن المذكور أعلاه