

COVID-19-ի դեմ պատվաստանյութ ստանալու համաձայնություն

18 տարեկանից ցածր տարիքի անձանց համար

Բաժին 1. Տեղեկություններ COVID-19-ի դեմ պատվաստանյութ ստացող երեխայի մասին (խնդրում ենք գրել տպատառ)։

Երեխայի անունը (Ազգանուն, անուն, միջին անուն)

Ծննդյան ամսաթիվ (աա/օօ/տտտտ) Տարիք

Հասցե

Ընդար

Նահանգ Փոստային կոդ

Չեռախոսահամար

Բաժին 2. Տեղեկություններ COVID-19-ի դեմ պատվաստանյութի (Pfizer պատվաստանյութ և Moderna պատվաստանյութ) ռիսկերի և օգուտների մասին:

ԱՄՆ Սննդամթերքի և դեղերի վարչությունը (FDA) թույլատրել է Pfizer և Moderna պատվաստանյութերի արտակարգ իրավիճակների օգտագործումը 6 ամսական և ավելի բարձր տարիքի անձանց մոտ COVID-19-ի կանխարգելման համար: FDA-ն դեռ չի հաստատել պատվաստանյութի լիցենզավորումը՝ COVID-19-ի կանխարգելման համար 16 տարեկանից փոքր անձանց համար: Խնդրում ենք կարդալ Ստացողների և խնամողների համար նախատեսված Տեղեկատվական թերթիկները, որոնք տեղադրված են ԱՄՆ FDA-ի կայքում՝ [Pfizer պատվաստանյութի](#) և [Moderna պատվաստանյութի](#) ռիսկերի, օգուտների և կողմնակի ազդեցությունների մասին ավելին իմանալու համար: Տարբեր տարիքային խմբերի համար կան տարբեր տեղեկատվական թերթիկներ:

Բաժին 3. Համաձայնություն:

Ես ուսումնասիրել եմ վերը նշված Բաժին 2-ում COVID-19-ի դեմ պատվաստանյութերի ռիսկերի և օգուտների մասին տեղեկատվությունը և հասկանում եմ ռիսկերն ու օգուտները: Ես համաձայն եմ, որ.

1. Ես ուսումնասիրեցի այս համաձայնության ձևը և կարդացի և հասկացա «Տեղեկատվական թերթիկը ստացողների և խնամողների համար» ինչպես Pfizer պատվաստանյութի, այնպես էլ Moderna պատվաստանյութի հնարավոր ռիսկերի և օգուտների մասին:
2. Ես օրինական իրավասություն ունեմ համաձայնելու վերը նշված երեխային պատվաստել Pfizer պատվաստանյութով կամ Moderna պատվաստանյութով:
3. Ես հասկանում եմ, որ ինձանից չի պահանջվում ուղեկցել վերը նշված երեխային պատվաստման հանդիպմանը, և ստորև իմ համաձայնությունը տալով, երեխան կստանա Pfizer պատվաստանյութ կամ Moderna պատվաստանյութ՝ անկախ նրանից, որ ես ներկա եմ պատվաստման հանդիպմանը, թե ոչ:
4. Ես հասկանում եմ, որ ինչպես պահանջում է նահանգային օրենքը (Առողջապահության և անվտանգության օրենսգիրք, § 120440), բոլոր պատվաստումների մասին տեղեկություններ կտրամադրվեն Կալիֆորնիայի իմունիզացիայի ռեեստր (CAIR2): Ես հասկանում եմ, որ երեխայի CAIR2 արձանագրության տեղեկատվությունը կփոխանցվի տեղական առողջապահական վարչությանը և Հանրային առողջապահության նահանգային դեպարտամենտին, կհամարվի որպես զաղտնի բժշկական տեղեկատվություն և կօգտագործվի միայն միմյանց հետ կիսվելու համար կամ ինչպես թույլատրվում է օրենքով: Ես կարող եմ մերժել տեղեկատվության հետագա տարածումը և կարող եմ խնդրել, որ CAIR2 գրառումը արգելափակվի՝ այցելելով [խնդրանք՝ արգելափակելու իմ CAIR արձանագրությունը](#) առցանց ձևը:

ԵՍ ՏԱԼԻՍ ԵՍ ՀԱՄԱՁԱՅՆՈՒԹՅՈՒՆ, որպեսզի այս ձևաթղթի վերևում նշված երեխան պատվաստվի Pfizer-ի կամ Moderna-ի COVID-19-ի դեմ պատվաստանյութով, և ես վերանայել և համաձայնել եմ այս ձևում ներառված տեղեկատվությանը:

Անուն (Ազգանուն, անուն, միջին անուն)

Ստորագրություն

Ամսաթիվ

Հասցե, եթե տարբեր է վերը նշվածից

Չեռախոսահամար, եթե տարբեր է վերը նշվածից

Հարաբերությունը երեխայի հետ