

الموافقة على تناول لقاح فايزر-بيونتك ومودerna لكورونا ل Kovid-19 للأشخاص الأقل من عمر 18 عاماً

القسم 1: معلومات عن الطفل الذي سيعتاد لقاح فايزر-بيونتك أو مودerna لـ Kovid-19 (يرجى الطباعة):

اسم الطفل (الأخير، الأول، الأوسط)	تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)	السن	
عنوان الشارع	المدينة	الولاية	رمز بريدي
رقم الهاتف			

القسم 2: معلومات عن مخاطر ومزايا لقاح فايزر-بيونتك (فايزر) ومودerna.

في الوقت الحالي، صدقت إدارة الأغذية والعقاقير (FDA) الأمريكية على الاستخدام الطارئ للقاح فايزر ومودerna لتجنب الإصابة بفيروس كوفيد-19 لدى الأطفال في عمر 6 شهور وأكبر. لمعرفة المزيد عن المخاطر والمزايا والأثار الجانبية للقاح فايزر ومودerna لـ Kovid-19، اقرأ صحيفة حقائق إدارة الأغذية والعقاقير (FDA) الخاصة بالمستلمين وموفري الرعاية [\(فايزر | مودerna\)](#).

القسم 3: الموافقة.

لقد راجعت المعلومات الخاصة بمخاطر ومزايا لقاح فايزر ومودerna الواردة بالقسم 2 أعلاه وأفهم تلك المخاطر والمزايا. أنا أتفق على ما يلي:

1. لقد راجعت نموذج الموافقة هذا وقرأت وفهمت "صحيفة حقائق المستلمين وموفري الرعاية" بخصوص المخاطر والمزايا المحتملة للقاح فايزر ومودerna.
2. أنا أمتلك السلطة القانونية للموافقة على إعطاء الطفل المذكور اسمه أعلاه لقاح فايزر أو مودerna.
3. أنا أفهم أنني لست مطالباً باصطحاب الطفل المذكور اسمه أعلاه إلى موعد إعطاء اللقاح، وأنه بموجب إعطاء موافقتي أدناه فإن الطفل سوف يتلقى لقاح فايزر أو مودerna سواء كنت موجوداً أو غير موجود في موعد إعطاء اللقاح.
4. أنا أفهم أنه حسب ما يطالب به قانون الولاية (قانون الصحة والسلامة، § 120440)، فإن كل التطعيمات سوف يتم الإبلاغ بها إلى سجل التطعيمات في ولاية كاليفورنيا (CAIR2). أنا أفهم أن المعلومات الواردة في سجل التطعيمات في ولاية كاليفورنيا (CAIR2) الخاص بالطفل ستتم مشاركتها من الإدارة الصحية المحلية ووزارة الصحة العامة في البلاد، وسيتم التعامل معها على أنها معلومات طبية سرية، ولن تستخدم إلا لمشاركة الإدارات مع بعضها البعض أو حسبما يسمح القانون. يجوز لي رفض السماح بالمزيد من المشاركة ويمكنني أن أطلب إيقاف سجل التطعيمات في ولاية كاليفورنيا (CAIR2) من خلال زيارة نموذج ويب [طلب إيقاف سجل CAIR خاصتي](#).

أنا أعطي الموافقة بالنيابة عن الطفل المذكور اسمه في أعلى النموذج للحصول على لقاح فايزر-بيونتك أو مودerna لـ Kovid-19، وقد راجعت ووافقت على المعلومات المضمنة في النموذج.

الاسم (الأخير، الأول، الأوسط)

التاريخ

التوقيع

العنوان إذا كان مختلفاً عن السابق

رقم الهاتف إذا كان مختلفاً عن السابق

لمزيد من المعلومات بشأن لقاحات كوفيد-19، يرجى زيارة الموقع التالي:

coronavirus-sd.com/vaccine



LIVE WELL
SAN DIEGO



2022/18/07