

الموافقة على تناول لقاح فايزر-بيونتك ومودرنا لكوفيد-19 للأشخاص الأقل من عُمر 18 عامًا

القسم 1: معلومات عن الطفل الذي سيتناول لقاح فايزر-بيونتك أو مودرنا لكوفيد-19 (يُرجى الطباعة):

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

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

في الوقت الحالي، صدقت إدارة الأغذية والعقاقير (FDA) الأمريكية على الاستخدام الطارئ للقاح فايزر ومودرنا لتجنب الإصابة بفيروس كوفيد-19 لدى الأطفال في عمر 6 شهور وأكبر. لمعرفة المزيد عن المخاطر والمزايا والآثار الجانبية للقاح فايزر ومودرنا لكوفيد-19، اقرأ صحيفة حقائق إدارة الأغذية والعقاقير (FDA) الخاصة بالمستلمين وموفاي الرعاية (فايزر | مودرنا).

القسم 3: الموافقة.

- لقد راجعت المعلومات الخاصة بمخاطر ومزايا لقاح فايزر ومودرنا الواردة بالقسم 2 أعلاه وأفهم تلك المخاطر والمزايا. أنا أوافق على ما يلي:
- لقد راجعت نموذج الموافقة هذا وقرأت وفهمت "صحيفة حقائق المستلمين وموفاي الرعاية" بخصوص المخاطر والمزايا المحتملة للقاح فايزر ومودرنا.
 - أنا أملك السلطة القانونية للموافقة على إعطاء الطفل المذكور اسمه أعلاه لقاح فايزر أو مودرنا.
 - أنا أفهم أنني لست مطالبًا بإصطحاب الطفل المذكور اسمه أعلاه إلى موعد إعطاء اللقاح، وأنه بموجب إعطاء موافقتي أدناه فإن الطفل سوف يتلقى لقاح فايزر أو مودرنا سواء كنت موجودًا أو غير موجود في موعد إعطاء اللقاح.
 - 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 إبطال سجل التطعيمات في ولاية كاليفورنيا (CAIR2) من خلال زيارة نموذج ويب [طلب إبطال سجل CAIR2 خاصتي](#).

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

الاسم (الأخير، الأول، الأوسط)

التوقيع التاريخ

العنوان إذا كان مختلفًا عن السابق

رقم الهاتف إذا كان مختلفًا عن السابق



LIVE WELL
SAN DIEGO



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

coronavirus-sd.com/vaccine