

رضایت نامه واکسن Moderna و Pfizer-BioNTech برای کووید-19 برای اشخاص به سن زیر 18 سال

بخش 1: اطلاعات مربوط به کودکی که واکسن Pfizer-BioNTech یا Moderna را برای کووید-19 دریافت می کند (لطفاً با حروف خوانا):

نام کودک (خانوادگی، اول، وسط)	تاریخ تولد (mm/dd/yyyy)	سن
نشانی خیابان	شهر	ایالت
	کدپستی	
شماره تلفن		

بخش 2: اطلاعات مربوط به خطرات و مزایای دریافت واکسن Moderna و Pfizer-BioNTech (Pfizer).

سازمان غذا و داروی ایالات متحده (Food and Drug Administration, FDA) در حال حاضر اجازه مصرف اضطراری واکسن Pfizer و Moderna را برای پیشگیری کووید-19 در کودکان به سن 6 ماه به بالا صادر کرده است. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد خطرات، مزایا و عوارض جانبی واکسن Moderna و Pfizer برای کووید-19، برگه اطلاعاتی سازمان غذا و داروی ایالات متحده برای دریافت کنندگان و مراقبت دهنده ها را مطالعه نمایید ([Pfizer](#) | [Moderna](#)).

بخش 3: رضایت نامه.

اینجانب اطلاعات مربوط به خطرات و مزایای واکسن Moderna و Pfizer در بخش 2 بالا را بررسی کرده و خطرات و مزایا را درک می کنم. من موافقت می کنم:

1. فرم رضایت نامه را بررسی کرده و "برگه اطلاعاتی برای دریافت کنندگان و مراقبت دهنده ها" در مورد خطرات و مزایای احتمالی واکسن Moderna و Pfizer را مطالعه کرده و درک می کنم.
2. من اختیار قانونی دارم تا رضایت دهم کودک فوق الذکر با Pfizer یا Moderna واکسینه شود.
3. من توجه دارم که لازم است کودک فوق الذکر را به قرار واکسیناسیون همراهی کنم و با ارائه رضایت در زیر، کودک واکسن Pfizer یا Moderna را دریافت می کند، چه من در وقت واکسیناسیون حضور داشته باشم یا نه.
4. من توجه دارم به طوریکه قانون ایالتی (قانون بهداشت و ایمنی، بخش 120440) ملزم می دارد، همه موارد واکسیناسیون به دفتر ثبت واکسیناسیون کالیفرنیا (CAIR2) گزارش داده می شود. من توجه دارم که اطلاعات در پرونده کودک با بخش بهداشت محلی و سازمان بهداشت عمومی ایالتی در میان گذاشته شده و به صورت اطلاعات پزشکی محرمانه تلقی خواهد شد و صرفاً برای در میان گذاشتن با یکدیگر به طوریکه قانون اجازه داده استفاده خواهد شد. من می توانم از ارائه اجازه برای در میان گذاشتن اطلاعات خودداری کرده و می توانم با بازدید از فرم وب [درخواست برای قفل کردن پرونده CAIR](#) من درخواست کنم که پرونده CAIR2 قفل شود

من برای کودکی که در بالای این فرم ذکر شده اجازه می دهم که با واکسن Pfizer-BioNTech یا Moderna برای کووید-19 واکسینه شده و اطلاعات منظور شده در این فرم را بررسی کرده و با آن موافقت می کنم.

نام (خانوادگی، اول، وسط)	تاریخ
امضاء	

نشانی در صورت تفاوت با بالا

شماره تلفن در صورت تفاوت با بالا



LIVE WELL
SAN DIEGO



برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد واکسن کووید-19، لطفاً بازدید نمایید:

coronavirus-sd.com/vaccine