



የቨርሞንት (Vermont) የጤና መምሪያ
የኮቪድ-19 ክትባት ክሊኒክ
የስምምነት ቅጽ

የታካሚው ስም: _____ የትውልድ ቀን: _____

- እኔ በትንሹ 18 አመት የሞላኝ ታካሚ ወይም የታካሚ ወላጅ ወይም ህጋዊ አሳዳጊ መሆኔን አረጋግጣለሁ።
- ዛሬ ለምወሰደው የኮቪድ-19 ክትባት ክትባቱን ለሚወስዱ ሰዎች የአደጋ ጊዜ አጠቃቀም ፈቃድ (Emergency Use Authorization (EUA)) ወይም የክትባት መረጃ መግለጫ ቅጂ ተሰጥቶኛል።
- ክትባት ለሚወስዱ ሰዎች የተቀመጠውን በEUA ውስጥ የሚገኘውን ወይም በክትባት መረጃ መግለጫ ውስጥ የተካተተውን መረጃ አንብቤ ተረድቻለሁ።
- ስለ ኮቪድ-19 ክትባት ጥያቄ እንድጠይቅ ዕድል ተሰጥቶኛል።
- የኮቪድ-19 ክትባት ጥቅሞቼን እና ስጋቶቼን የተረዳሁ ሲሆን ክትባቱ ከላይ ስሙ ለተጠቀሰው ስምምነቴን እንድሰጥ ስልጣን ለተሰጠኝ ሰው እንዲሰጥ ጠይቄያለሁ። *

የታካሚው ፊርማ: _____

የስምምነት ቅጹ የተፈረመበት ቀን: _____

ወላጅ/ህጋዊ አሳዳጊ ፊርማ*(ታካሚው ከ18 በታች ከሆነ) _____
ለአካለ መጠን ያልደረሰ ልጅ በመንግሥት ጥበቃ ውስጥ ከሆነ ፈቃድ የተሰጠው ተወካይ ፊርማ ያስፈልጋል።

ወላጅ/ህጋዊ አሳዳጊ ስም(እባክዎን ይጻፉ): _____

የወላጅ/ህጋዊ አሳዳጊ በቀን የሚሰራ የስልክ ቁጥር**:

**ወላጅ/ህጋዊ አሳዳጊ ክሊኒክ ውስጥ የማይገኙ ከሆኑ።