

إدارة الصحة بولاية فيرمونت
عيادة التمنيع ضد فيروس كورونا المستجد (كوفيد-19)
نموذج موافقة

اسم المريض: _____ تاريخ الميلاد: _____

- أقر بأنني المريض وأبلغ من العمر 18 عامًا على الأقل، أو ولي الأمر، أو الوصي القانوني للمريض.
- أقر بأنني قد أتيح لي الحصول على نسخة من تصريح استخدام الطوارئ للحاصلين على اللقاح أو ورقة معلومات لقاح فيروس كورونا المستجد (كوفيد-19) الذي سأحصل عليه اليوم.
- لقد قرأت وأفهم المعلومات الواردة في تصريح استخدام الطوارئ للحاصلين على اللقاح أو بيان معلومات اللقاح.
- تم منحي الفرصة لطرح الأسئلة بشأن لقاح فيروس كورونا المستجد (كوفيد-19).
- أدرك المخاطر والفوائد المرتبطة بلقاح فيروس كورونا المستجد (كوفيد-19) وأطلب إعطاء اللقاح للشخص المذكور اسمه أعلاه، الذي صرح لي بتقديم هذه الموافقة.*

توقيع ولي الأمر: _____

تاريخ التوقيع على نموذج الموافقة: _____

توقيع ولي الأمر/الوصي القانوني * (إذا كان المريض دون 18)
*إذا كان القاصر محتجزاً لدى الولاية، فيلزم توقيع ممثل معتمد.

اسم ولي الأمر/الوصي القانوني (الرجاء الكتابة بأحرف واضحة): _____

رقم الهاتف النهاري لولي الأمر/الوصي القانوني **:
**إذا كان ولي الأمر/الوصي القانوني لن يحضر إلى العيادة.