

وزارت صحت ورمونت
کلینک معافیت سازی کووید 19
فورمه رضایت

اسم مریض: _____

تاریخ تولد: _____

- من تأیید می کنم که بنده مریض هستم و حداقل 18 سال سن دارم، یا والدین یا سرپرست قانونی مریض هستم.
- یک نسخه از مجوز استفاده اضطراری (EUA) برای دریافت کنندگان واکسین یا بیانیه معلومات واکسین برای واکسین کووید-19 که امروز دریافت خواهم کرد، به من داده شده است.
- من معلومات موجود در EUA برای گیرندگان واکسین یا بیانیه معلومات واکسین را خوانده و درک کرده ام.
- به من فرصت داده شده است که در مورد واکسین کووید-19 سوالاتی که دارم بپرسم.
- من مزایا و خطرات واکسین کووید-19 را می فهمم و می خواهم که این واکسین را به شخصی که در فوق نام برده شده که برای او من مجاز به ارائه رضایت هستم، تزریق شود. *

امضای مریض: _____

تاریخی که رضایت نامه امضا شد: _____

امضای والدین/سرپرست قانونی* (اگر مریض زیر سن 18 سالگی باشد)
* اگر فرد زیر سن تحت مراقبت ایالت باشد، امضای یک نماینده قانونی مورد نیاز خواهد بود.

نام والدین/سرپرست قانونی (لطفاً چاپ کنید): _____

شماره تلفونی اوقات روز والدین/سرپرست قانونی**:
**اگر والدین/سرپرست قانونی در کلینک موجود نباشند.