

वेरमोंट स्वास्थ्य विभाग  
COVID-19 प्रतिरक्षण क्लिनिक  
सहमति प्रपत्र

रोगी का नाम: \_\_\_\_\_ जन्म तिथि: \_\_\_\_\_

- मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैं रोगी हूँ और मेरी न्यूनतम उम्र 18 वर्ष है, या रोगी का माता-पिता या कानूनी अभिभावक हूँ।
- मुझे आज दी जाने वाली COVID-19 वैक्सीन के लिए वैक्सीन प्राप्तकर्ताओं के लिए आपातकालीन उपयोग प्राधिकार (EUA) या वैक्सीन सूचना विवरण की एक प्रति दी गई है।
- मैंने वैक्सीन प्राप्तकर्ताओं के लिए EUA या वैक्सीन सूचना विवरणी में निहित जानकारी को पढ़ा और समझा है।
- मुझे COVID 19 वैक्सीन के बारे में प्रश्न पूछने का अवसर दिया गया है।
- मैं COVID-19 वैक्सीन के लाभों और जोखिमों को समझता/ती हूँ और पूछता/ती हूँ कि वैक्सीन उल्लिखित नाम वाले व्यक्ति को दी जाए जिसके लिए मैं सहमति प्रदान करने के लिए अधिकृत हूँ।\*

रोगी के हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_

सहमति प्रपत्र पर हस्ताक्षर की तिथि:

\_\_\_\_\_

माता-पिता/अभिभावक के हस्ताक्षर\* (यदि रोगी 18 वर्ष से कम हो)

\*यदि अवयस्क किसी की निगरानी में है, तो अधिकृत प्रतिनिधि के हस्ताक्षर आवश्यक हैं।

माता-पिता/कानूनी अभिभावक का नाम (कृपया प्रिंट करें):

\_\_\_\_\_

माता-पिता/कानूनी अभिभावक का दिन का फोन नंबर\*\*:

\*\*यदि माता-पिता/कानूनी अभिभावक क्लिनिक में उपस्थित नहीं होंगे।