



ພະແນກສາທາລະນະສຸກແຫ່ງລັດ Vermont (Vermont Department of Health)

ຄລິນິກສ້າງພູມຄຸ້ມກັນໄຄວິດ-19
ແບບຟອມຍືນຍອມ

ຊື່ຄົນເຈັບ: _____ ວັນເດືອນປີເກີດ: _____

- ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢືນຢັນວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າເປັນຄົນເຈັບ ແລະ ມີອາຍຸຢ່າງໜ້ອຍ 18 ປີ ຫຼື ເປັນພໍ່ແມ່ ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍຂອງຄົນເຈັບ.
- ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບສະບັບສໍາເນົາຂອງການອະນຸຍາດໃຫ້ໃຊ້ໃນກໍລະນີສຸກເສີນ (Emergency Use Authorization, EUA) ສໍາລັບຜູ້ຮັບວັກຊີນ ຫຼື ຄໍາຊີ້ແຈງຂໍ້ມູນວັກຊີນ ສໍາລັບວັກຊີນປ້ອງກັນໄຄວິດ-19 ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຈະໄດ້ຮັບໃນມື້ນີ້.
- ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານ ແລະ ເຂົ້າໃຈຂໍ້ມູນທີ່ປະກອບຢູ່ໃນ EUA ສໍາລັບຜູ້ຮັບວັກຊີນ ຫຼື ຄໍາຊີ້ແຈງຂໍ້ມູນວັກຊີນ.
- ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບໂອກາດທີ່ຈະຖາມຄໍາຖາມກ່ຽວກັບວັກຊີນປ້ອງກັນໄຄວິດ-19.
- ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈເຖິງປະໂຫຍດ ແລະ ຄວາມສ່ຽງຂອງວັກຊີນປ້ອງກັນໄຄວິດ-19 ແລະ ຂໍໃຫ້ສັກວັກຊີນແກ່ບຸກຄົນທີ່ລະບຸຊື່ຂ້າງເທິງ ເຊິ່ງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ຄວາມຍືນຍອມ.*

ລາຍເຊັນຄົນເຈັບ: _____

ວັນທີເຊັນແບບຟອມຍືນຍອມ: _____

ລາຍເຊັນພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ* (ຖ້າຄົນເຈັບອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 18 ປີ)

*ຖ້າເຍົາວະຊົນຢູ່ໃນຄວາມຄຸ້ມຄອງຂອງລັດ, ຈໍາເປັນຕ້ອງມີລາຍເຊັນຂອງຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ.

ຊື່ພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ
(ກະລຸນາພິມ): _____

ເລກໝາຍໂທລະສັບໃນເວລາກາງເວັນຂອງພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ**:

**ຖ້າພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍຈະບໍ່ມາຄລິນິກ.