



佛蒙特州卫生部
COVID-19疫苗接种诊所
同意书

患者姓名：_____ 出生日期：_____

- 兹证明，本人是患者且年满18岁，或者是患者的父母或法定监护人。
- 本人已收到疫苗接种者紧急使用授权（EUA）副本或本人今天将要接种的COVID-19疫苗的疫苗信息声明副本。
- 本人已阅读并理解疫苗接种者EUA或疫苗信息声明中包含的信息。
- 本人有机会提出有关COVID 19疫苗的问题。
- 本人了解COVID-19疫苗的获益和风险，并要求对本人授权同意的上述人员进行疫苗接种。*

患者签名：_____

同意书签署日期：_____

父母/法定监护人签名*（如果患者未满18岁）_____

*如果未成年人由国家监护，则需要授权代表签名。

父母/法定监护人姓名（请用正楷书写）：_____

父母/法定监护人日间使用的电话号码**：_____

**如果父母/法定监护人不会陪同前往诊所。