

भर्मोन्ट स्वास्थ्य विभाग
COVID-19 खोप क्लिनिक
सहमति फारम

बिरामीको नाम: _____ जन्म मिति: _____

- म आफैँ बिरामी हुँ र मेरो उमेर कम्तीमा 18 वर्षको छ वा म बिरामीको आमाबाबु वा कानुनी अभिभावक हुँ भनी प्रमाणित गर्दछु ।
- मैले खोप लगाउने व्यक्तिका लागि आपत्कालीन प्रयोगको अनुमति (EUA) दिइएको कागजातको एक प्रति वा आज मैले लगाउने COVID-19 विरुद्धको खोपसम्बन्धी सूचनामूलक कथनको प्रतिलिपि प्राप्त गरेको छु ।
- मैले खोप लगाउने व्यक्तिका लागि दिइएको EUA मा वा खोपसम्बन्धी सूचनामूलक कथनमा समावेश गरिएको जानकारी पढेर बुझेको छु ।
- मलाई COVID-19 विरुद्धको खोपको बारेमा प्रश्न सोध्ने अवसर दिइएको थियो ।
- मैले COVID-19 विरुद्धको खोप लगाउँदा हुने फाइदा र जोखिमका बारेमा बुझेको छु र मैले सहमति प्रदान गर्न अधिकार प्रदान गरेको माथि उल्लिखित व्यक्तिलाई यो खोप लगाइदिन अनुरोध गर्दछु ।*

बिरामीको हस्ताक्षर: _____

सहमति फाराममा हस्ताक्षर गरिएको मिति:

अभिभावक / कानुनी अभिभावकको हस्ताक्षर * (यदि बिरामी 18 वर्षभन्दा कम उमेरको भएमा)

*यदि नाबालिग राज्यको संरक्षणमा छन् भने कुनै आधिकारिक प्रतिनिधिले हस्ताक्षर गर्नुपर्ने हुन्छ ।

अभिभावक / कानुनी अभिभावकको नाम (कृपया स्पष्ट अक्षरमा लेख्नुहोस्): _____

अभिभावक / कानुनी अभिभावकको दिउँसो प्रयोग हुने फोन नम्बर**

:

**यदि अभिभावक / कानुनी अभिभावक क्लिनिकमा उपस्थित हुँदैनन् भने ।



**भर्मोन्ट स्वास्थ्य विभाग
COVID-19 खोप क्लिनिक
सहमति फारम**