

**Departamento de Saúde de Vermont  
Clínica de Imunização da COVID-19  
Formulário de Consentimento**

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_

- **Certifico que sou o paciente e tenho mais de 18 anos completos, ou sou pai/mãe ou guardião legal do paciente.**
- **Eu recebi uma cópia da Autorização de Uso Emergencial (AUE) para Receptores da Vacina ou Declaração de Informações sobre a Vacina para a vacina da COVID-19 que receberei hoje.**
- **Eu li e compreendi as informações contidas na AUE para receptores da vacina ou na Declaração de Informações sobre a Vacina.**
- **Eu tive a oportunidade de fazer perguntas sobre a vacina da COVID-19.**
- **Eu compreendo os benefícios e riscos da vacina da COVID-19 e peço que a vacina seja fornecida à pessoa citada acima, cujo consentimento tenho autorização para fornecer.\***

**Assinatura do paciente:**

\_\_\_\_\_

**Data da assinatura do Formulário de Consentimento:**

\_\_\_\_\_

**Assinatura do pai/mãe ou guardião legal\* (se o paciente for menor de 18 anos)**

\_\_\_\_\_

\*Se o menor estiver sob tutela do estado, é necessária a assinatura de um representante autorizado.

**Nome do pai/mãe/guardião legal (em letras de forma):** \_\_\_\_\_

**Telefone diurno do pai/mãe/guardião legal\*\*:** \_\_\_\_\_

\*\*Se o pai/mãe/guardião legal não estiver presente na clínica.