

**Departamentul Sănătății din Vermont
Clinica de imunizare COVID-19
Formular de consimțământ**

Numele pacientului: _____ **Data nașterii:** _____

- **Certific faptul că eu sunt pacientul și că am cel puțin 18 ani, sau că sunt părintele sau tutorele legal al pacientului.**
- **Mi s-a înmănat o copie a Autorizației de utilizare în caz de urgență (AUU) pentru beneficiarii vaccinului sau a Declarației cu informații despre vaccin pentru vaccinul COVID-19 care îmi va fi administrat astăzi.**
- **Am citit și înțeles informațiile conținute în AUU pentru beneficiarii vaccinului sau în Declarația cu informații despre vaccin.**
- **Mi s-a oferit oportunitatea să pun întrebări despre vaccinul COVID 19.**
- **Înțeleg beneficiile și riscurile vaccinului COVID-19 și cer ca vaccinul să fie administrat persoanei numite mai sus pentru care sunt autorizat să acord consimțământul.***

Semnătura pacientului: _____

Data semnării formularului de consimțământ: _____

Semnătura părintelui/tutorei legal* (dacă pacientul are sub 18 ani) _____

*Dacă minorul se află în custodia statului, este necesară semnătura unui reprezentant autorizat.

Numele părintelui/tutorei legal (majuscule): _____

Numărul de telefon al părintelui/tutorei legal:** _____

**Dacă părintele/tutorele legal nu va fi prezent la clinică.