



**Департамент здравоохранения штата Вермонт  
Центр вакцинации от COVID-19  
Форма информированного согласия**

**Имя, фамилия пациента:** \_\_\_\_\_

**Дата рождения:** \_\_\_\_\_

- Я подтверждаю, что мне исполнилось 18 лет и я являюсь пациентом либо родителем или законным опекуном пациента.
- Мне была предоставлена копия Разрешения на экстренное применение (EUA), предназначенная для вакцинируемых, либо Информационный бюллетень о вакцине от COVID-19, которая будет введена мне сегодня.
- Я ознакомился(-ась) с информацией, представленной в копии EUA для вакцинируемых или Информационном бюллетене.
- Мне была предоставлена возможность задать вопросы о вакцине от COVID-19.
- Мне известны преимущества и риски, связанные с вакциной от COVID-19, и я обратился(-ась) с просьбой ввести ее вышеуказанному лицу, от имени которого я уполномочен(-а) давать согласие на вакцинацию.\*

**Подпись пациента:** \_\_\_\_\_

**Дата подписания формы информированного согласия:**

\_\_\_\_\_

**Подпись родителя/законного опекуна\* (если пациенту меньше 18 лет):**

\_\_\_\_\_

\*Если несовершеннолетнее лицо содержится под стражей, требуется подпись уполномоченного представителя.

**Имя, фамилия родителя/законного опекуна (печатными буквами):**

\_\_\_\_\_

**Номер телефона родителя/законного опекуна для звонков в дневное время\*\*:**

\_\_\_\_\_

\*\*На случай отсутствия родителя/законного опекуна в клинике.

Дата пересмотра: май 2021 г.