

**Idara ya Afya ya Vermont
Kliniki ya Chanjo ya COVID-19
Fomu ya Idhini**

Jina la Mgonjwa: _____

Tarehe ya Kuzaliwa: _____

- Ninathibitisha kuwa mimi ndiye mgonjwa na nina angalau umri wa miaka 18, au mzazi au mlezi halali wa mgonjwa.
- Nimepewa nakala ya Idhini ya Matumizi ya Dharura (EUA) kwa Wapokeaji wa Chanjo au Taarifa ya Maelezo ya Chanjo ya chanjo ya COVID-19 nitakayopokea leo.
- Nimesoma na kuelewa maelezo yaliyo kwenye EUA kwa wapokeaji wa Chanjo au Taarifa ya Maelezo ya Chanjo.
- Nimepewa nafasi ya kuuliza maswali juu ya chanjo ya COVID 19.
- Ninaelewa faida na hatari za chanjo ya COVID-19 na ninaomba kwamba chanjo itolewe kwa mtu aliyetajwa hapo juu ambaye nimeruhusiwa kutoa idhini.*

Saini ya Mgonjwa: _____

Tarehe ya Kusainiwa kwa Fomu ya Idhini:

Saini ya Mzazi au Mlezi Halali* (iwapo mgonjwa ni wa umri wa chini ya miaka 18)

*Ikiwa mtoto yuko chini ya ulinzi wa serikali, saini ya mwakilishi aliyeidhinishwa inahitajika.

Jina la Mzazi/Mlezi Halali (tafadhali andika): _____

Nambari ya Simu ya Mchana ya Mzazi/Mlezi **: _____

**Ikiwa mzazi/mlezi halali hatakuwepo kwenye kliniki.