

**Kagawaran ng Kalusugan sa Vermont
Klinika ng Pagbabakuna sa COVID-19
Kasulatan ng Pagsang-ayon**

Pangalan ng Pasyente: _____ **DOB:** _____

- Pinapatunayan ko na ako ang pasyente na hindi bababa sa 18 taong gulang, o na ako ang magulang o ligal na tagapag-alaga ng pasyente.
- Nabigyan ako ng kopya ng Emergency Use Authorization (EUA) para sa Mga Tatanggap ng Bakuna o ng Pahayag ng Impormasyon sa Bakuna para sa COVID-19 bakuna na matatanggap ko ngayon.
- Nabasa at naintindihan ko ang impormasyong nilalaman ng EUA para sa mga tatanggap ng Bakuna, o ang nilalaman ng Pahayag ng Impormasyon sa Bakuna.
- Nabigyan ako ng pagkakataon na magtanong tungkol sa bakuna sa COVID-19.
- Nauunawaan ko ang mga benepisyo at peligro ng bakuna sa COVID-19 at hinihiling ko na ibigay ang bakuna sa taong nakapangalan sa itaas na awtorisado akong magbigay ng pahintulot.*

Lagda ng Pasyente: _____

Petsa ng Paglagda sa Kasulatan ng Pagsang-ayon: _____

Lagda ng Magulang/Ligal na Tagapag-alaga* (kung ang pasyente ay wala pang 18 taong gulang) _____

*Kung ang menor de edad ay nasa pangangalaga ng estado, kinakailangan ang lagda ng awtorisadong kinatawan.

Pangalan ng Magulang/Ligal na Tagapangalaga (pakisulat): _____

Numero ng Telepono sa Umaga ng Magulang/Ligal na Tagapag-alaga:** _____

**Kung ang magulang/ligal na tagapag-alaga ay hindi makakapunta sa klinika.