

กรมอนามัยเวอร์มอนต์  
คลินิกสร้างภูมิคุ้มกันโควิด-19  
แบบฟอร์มให้การยินยอม

ชื่อผู้ป่วย: \_\_\_\_\_ วันเดือนปีเกิด: \_\_\_\_\_

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้าพเจ้าเป็นผู้ป่วยและมีอายุอย่างน้อย 18 ปี หรือเป็นบิดามารดาหรือผู้ปกครองตามกฎหมายของผู้ป่วย
- ข้าพเจ้าได้รับเอกสารการอนุญาตการใช้ในกรณีฉุกเฉิน (Emergency Use Authorization, EUA) สำหรับผู้รับวัคซีนหรือคำชี้แจงข้อมูลวัคซีน (Vaccine Information Statement) สำหรับวัคซีนโควิด-19 ที่ข้าพเจ้าจะได้รับในวันนี้
- ข้าพเจ้าได้อ่านและทำความเข้าใจข้อมูลที่อยู่ใน EUA สำหรับผู้รับวัคซีนหรือคำชี้แจงข้อมูลวัคซีนแล้ว
- ข้าพเจ้าได้รับโอกาสให้ถามคำถามเกี่ยวกับวัคซีนโควิด-19 แล้ว
- ข้าพเจ้าเข้าใจถึงประโยชน์และความเสี่ยงของวัคซีนโควิด-19 และขอให้ฉีดวัคซีนแก่บุคคลที่มีชื่อข้างต้น ซึ่งข้าพเจ้าได้รับอนุญาตให้ความยินยอม\*

ลายมือชื่อผู้ป่วย: \_\_\_\_\_

วันที่ลงนามในแบบฟอร์มให้การยินยอม: \_\_\_\_\_

ลายมือชื่อบิดามารดา/ผู้ปกครองตามกฎหมาย\* (หากผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 18 ปี):

\_\_\_\_\_

\*หากผู้เยาว์อยู่ในความดูแลของรัฐ ต้องมีลายมือชื่อของตัวแทนที่ได้รับอนุญาต

ชื่อบิดามารดา/ผู้ปกครองตามกฎหมาย (กรุณาเขียนตัวบรรจง):

\_\_\_\_\_

หมายเลขโทรศัพท์ในเวลากลางวันของบิดามารดา/ผู้ปกครองตามกฎหมาย\*\*:

\_\_\_\_\_

\*\*กรณีที่บิดามารดา/ผู้ปกครองตามกฎหมายจะไม่ปรากฏตัวที่คลินิก