

Bộ Y Tế Vermont
Phòng Khám Chủng Ngừa COVID-19
Biểu Mẫu Chấp Thuận

Tên Bệnh Nhân: _____ Ngày Sinh: _____

- Tôi xác nhận rằng tôi là bệnh nhân và đã đủ 18 tuổi trở lên, hoặc là cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của bệnh nhân.
- Tôi đã được cung cấp một bản sao của Giấy Phép Sử Dụng Khẩn Cấp (EUA) dành cho Người Tiêm Vắc-xin hoặc Bản Thông Tin Hướng Dẫn về Vắc-xin đối với vắc-xin ngừa COVID-19 mà tôi sẽ được tiêm hôm nay.
- Tôi đã đọc và hiểu những thông tin có trong EUA dành cho Người Tiêm Vắc-xin hoặc Bản Thông Tin Hướng Dẫn về Vắc-xin.
- Tôi đã được trao cơ hội đưa ra những thắc mắc về vắc-xin ngừa COVID-19 này.
- Tôi hiểu những lợi ích cũng như rủi ro của vắc-xin ngừa COVID-19 này và yêu cầu tiêm vắc-xin này cho người có tên ở trên mà tôi được ủy quyền đưa ra chấp thuận.*

Chữ ký của Bệnh Nhân:

Ngày ký Biểu Mẫu Chấp Thuận:

Chữ ký của Bệnh Nhân/Người Giám Hộ Hợp Pháp* (nếu bệnh nhân dưới 18 tuổi)

*Nếu trẻ vị thành niên đang được tiểu bang giám hộ, sẽ cần phải có chữ ký của người đại diện được ủy quyền.

Tên của Cha Mẹ/Người Giám Hộ Hợp Pháp (vui lòng viết HOA):

Số Điện Thoại Dừng Ban Ngày của Cha Mẹ/Người Giám Hộ Hợp Pháp**:

**Nếu cha mẹ/người giám hộ hợp pháp sẽ không có mặt tại phòng khám.