

Biểu Mẫu Chấp Thuận Tiêm Vắc-xin

Tôi xác nhận rằng tôi là: (a) bệnh nhân và ít nhất được 18 tuổi; (b) người giám hộ hợp pháp của bệnh nhân; hoặc (c) người được ủy quyền để chấp thuận thay mặt bệnh nhân khi bệnh nhân không có năng lực, không thể đưa ra chấp thuận cho bản thân họ, hoặc đã cho phép tôi thay họ đưa ra chấp thuận.

Tên Bệnh Nhân: _____

Khi xếp lịch cuộc hẹn tiêm vắc-xin này, tôi thừa nhận rằng tôi đã có quyền tiếp cận Tờ Thông Tin về Giấy Phép Sử Dụng Khẩn Cấp (EUA) cho các vắc-xin ở trên. Đối với bản thân tôi hoặc một người đã ủy quyền cho tôi chấp thuận thay mặt họ, tôi hiểu những rủi ro và lợi ích liên quan đến các vắc-xin nêu trên và chấp nhận các rủi ro, cả đã biết lẫn chưa biết, liên quan đến việc tiêm vắc-xin này, gồm việc bắt buộc ở lại tại cơ sở tiêm vắc-xin để theo dõi trong 15 phút sau khi chích ngừa. Tôi yêu cầu rằng vắc-xin được tiêm cho tôi hoặc người có tên ở trên mà tôi được ủy quyền đưa ra yêu cầu này.

Chữ ký của cha mẹ, người giám hộ hợp pháp hoặc người được ủy quyền chấp thuận thay mặt bệnh nhân

Ngày (Tháng/Ngày/Năm)