



إستمارة الموافقة على التطعيم ضد كوفيد-19 الصحة العامة ومواقع التطعيم في سياتل ومقاطعة كينغ

إسم المريض _____ تاريخ الميلاد _____

إعتراف: لقد أتاحت لي الفرصة للنظر في ورقة المعلومات أو بيان الحقائق الخاصة بلقاح كوفيد-19 بالنسبة للمستفيدين ومقدمي الرعاية. افهم وأعلم أنني أستطيع وبإمكاني مراجعة ورقة المعلومات من خلال الموقع (رمز QR أدناه)

ورقة معلومات لقاح "فايزر-بايون تك" (Pfizer-BioNTech COVID-19)
www.fda.gov/media/153716/download



ورقة معلومات لقاح Pfizer-BioNTech COVID-19 (فايزر-بايونتك كوفيد19) للأعمار من 5 الى 11 عاما:
www.fda.gov/media/153717/download

ورقة معلومات لقاح موديرنا (Moderna COVID-19) www.fda.gov/media/144709/download

ورقة معلومات لقاح جونسون & جونسون لكوفيد-19 www.fda.gov/media/146768/download

معلومات إضافية عن لقاحات كوفيد-19 متاحة في الموقع الإلكتروني: kingcounty.gov/yourvaccine/arabic

موافقة شخص بالغ مصرح له: أنا مخول أو أصرح بالموافقة على أن يتلقى المريض المذكور أعلاه هذا اللقاح و أطلب إعطاء اللقاح للشخص المذكور إسمه أعلاه. أفهم أن المستفيد (المريض) يجب أن يبقى في موقع اللقاح لمدة 15 إلى 30 دقيقة بعد تلقي اللقاح من أجل مراقبة ورصد أي تفاعلات فورية محتملة ذات الصلة باللقاح والآثار الجانبية وتلقي التدخل الطبي عند الحاجة أو عند الضرورة .

التاريخ _____ توقيع الشخص البالغ المخول له _____

أو

For Vaccine Site:

Verbal consent by _____ given by _____ to _____ on _____
Authorized Adult Name Phone/Device Staff Name Date

موافقة الشخص القاصر: أنا قاصر متحرر قانونيا، قاصر متزوج (ة) من شخص بالغ أو قاصر ناضج حسب قانون القاصرين أطلب بأن أتلقى اللقاح وأفهم أنني يتوجب علي أن أبقى في موقع اللقاح لمدة 15 إلى 30 دقيقة بعد تلقي اللقاح من أجل مراقبة ورصد أي تفاعلات فورية محتملة ناتجة عن اللقاح والآثار الجانبية وتلقي التدخل الطبي إذا اقتضى الحال أو عند الحاجة.

التاريخ _____ توقيع المتحرر(ة)/ متزوج (ة) من شخص بالغ/ قاصر ناضج _____