

ФОРМА СОГЛАСИЯ И РАЗРЕШЕНИЯ НА ВАКЦИНАЦИЮ ПРОТИВ COVID-19

в прививочных пунктах Отдела общественного здравоохранения города Сиэтла - Округа Кинг

Имя и фамилия пациента _____ Дата рождения _____ Возраст _____

Подтверждение: Мне была предоставлена возможность ознакомиться с Информационным бюллетенем по вакцине против COVID-19 для получателей вакцины и лиц, осуществляющих уход. Я понимаю, что могу ознакомиться с Информационным бюллетенем на месте или в интернете.

Информационный бюллетень по вакцине против COVID-19 Pfizer-BioNTech: (по-английски)

- www.fda.gov/media/167212/download

Информационный бюллетень по вакцине против COVID-19 Moderna: (по-английски)

- www.fda.gov/media/167209/download

Информационный бюллетень по вакцине против COVID-19 Novavax: (по-английски)

- Возраст от 12 лет и старше: www.fda.gov/media/159898/download



QR-КОД ДЛЯ
ПОЛУЧЕНИЯ
ИНФОРМАЦИИ
О ВАКЦИНЕ

Дополнительная информация о вакцинах против COVID-19 доступна по адресу:
kingcounty.gov/yourvaccine/russian (QR-код выше)

Согласие взрослого законного представителя: Я уполномочен(-а) дать согласие на проведение прививки данной вакциной вышеуказанному пациенту. Я прошу о том, чтобы вышеупомянутому лицу была сделана прививка. Я понимаю, что пациент должен оставаться в пункте вакцинации в течение 15-30 минут после введения вакцины, чтобы находиться под наблюдением за возможными поствакцинальными аллергическими реакциями немедленного типа и побочными эффектами, и при необходимости – для получения медицинской помощи.

Подпись уполномоченного взрослого

Имя уполномоченного взрослого печатными буквами

Дата

или

For Vaccine Site:

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

Согласие несовершеннолетнего лица: Я являюсь юридически освобождённым от опеки (эмансипированным) несовершеннолетним лицом; лицом, состоящим в браке со взрослым человеком; или несовершеннолетним лицом, которое признано дееспособным. Я прошу о том, чтобы мне была сделана прививка. Я понимаю, что я должен оставаться в пункте вакцинации в течение 15-30 минут после введения вакцины, чтобы находиться под наблюдением за возможными поствакцинальными аллергическими реакциями немедленного типа и побочными эффектами, и при необходимости – для получения медицинской помощи.

Подпись Эмансипированного/Состоящего в браке со взрослым / Дееспособного несовершеннолетнего лица

Дата