



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

إسم المريض \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد \_\_\_\_\_

الجرعة الأولى أو الثانية من اللقاح:  الأولى  الثانية

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

ورقة معلومات لقاح "فايزر-بايو إن تك" (Pfizer-BioNTech COVID-19)

[www.fda.gov/media/144651/download](http://www.fda.gov/media/144651/download)



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

ورقة معلومات لقاح جونسون & جونسون لكوفيد-19 [www.fda.gov/media/146768/download](http://www.fda.gov/media/146768/download)

معلومات إضافية عن لقاحات كوفيد-19 متاحة في الموقع الإلكتروني: [kingcounty.gov/yourvaccine/arabic](http://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 \_\_\_\_\_