

فرم رضایت واکسیناسیون کوید-۱۹  
برای بهداشت عمومی - سایت های واکسیناسیون سیاتل و کینگ کانتی

اسم مریض: \_\_\_\_\_ تاریخ تولد: \_\_\_\_\_

دور اول یا دوم واکسن  اول  دوم

**تقدیر و تشکر:** فرصتی فراهم شده است تا برگه واکسن COVID-19 را برای گیرندگان و کارمندان مراقبتی تشریح نمایم. من می فهمم که توان تشریح و مرور آنرا در محل واکسن/صحنه کار و همچنان در سایت به صورت آنلاین دارم. (کد QR در زیر)

<https://www.fda.gov/media/145608/download> برگه واکسن Pfizer-BioNTech COVID-19

[www.fda.gov/media/144609/download](https://www.fda.gov/media/144609/download) برگه واکسن Moderna COVID-19

برگه واکسن Janssen / Johnson & Johnson COVID-19

<https://www.fda.gov/media/146767/download>



اطلاعات بیشتر در مورد واکسن COVID-19 در اینجا موجود است [kingcounty.gov/yourvaccine/farsi](https://kingcounty.gov/yourvaccine/farsi)

**رضایت نامه مجاز بزرگسالان:** من منحیث مجوز مریض که در بالا اسمش ذکر شده اجازه میدهم تا واکسن را دریافت کند. من تقاضا میکنم که واکسن به بیمار فوق الذکر تطبیق شود. من درک می کنم که بیمار باید ۱۵ تا ۳۰ دقیقه پس از دریافت واکسن در محل واکسن بماند تا از نظر واکنش های فوری بالقوه مربوط به واکسن و عوارض جانبی کنترل و بررسی شود و در صورت لزوم تحت مراقبت پزشکی دریافت کند.

امضاء شخص مجوز بزرگسال: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_

و

**For Vaccine Site:**

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

**رضایت صغیر:** من یک صغیر (زیر سن ۱۸) قانوناً آزاد، یک صغیر متاهل با یک بزرگسال هستم، یا من یک صغیر بالغ تعیین شده هستم. من درخواست می کنم که واکسن به من تزریق شود. من درک می کنم که پس از دریافت واکسن باید ۱۵ تا ۳۰ دقیقه در محل واکسن بمانم تا از نظر واکنش های فوری بالقوه مربوط به واکسن و عوارض جانبی تحت نظر قرار بگیرم و در صورت لزوم مداخله پزشکی دریافت کنم.

امضای صغیر آزاد / متاهل با یک بزرگسال صغیر / بزرگسال تاریخ صغیر