

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 _____

Первая или вторая доза вакцины: Первая Вторая

Подтверждение: Мне была предоставлена возможность ознакомиться с «Информационным бюллетенем о вакцине COVID-19 для получателей прививки и работников по уходу». Я понимаю, что я могу прочитать этот информационный бюллетень в пункте вакцинации или в интернете (QR-код приведён ниже).



Информационный бюллетень о вакцине Pfizer-BioNTech COVID-19:
www.fda.gov/media/144524/download

Информационный бюллетень о вакцине Moderna COVID-19:
www.fda.gov/media/144830/download

Информационный бюллетень о вакцине Janssen/Johnson & Johnson COVID-19:
www.fda.gov/media/146539/download

Дополнительная информация о вакцинах против COVID-19 доступна на веб-сайте:

kingcounty.gov/yourvaccine/russian

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 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