



الموافقة على تلقي لقاح Pfizer-BioNTech COVID-19 للأفراد الذين تقل أعمارهم عن 18 عامًا

1 معلومات خاصة بالطفل (الرجاء الكتابة بأحرف واضحة):

اسم الطفل (الأخير، الأول، الأوسط)	تاريخ الميلاد (شهر يوم سنة)
عنوان الشارع	المدينة
	الولاية
	الرمز البريدي
رقم الهاتف	

2 معلومات عن مخاطر وفوائد لقاح Pfizer COVID-19

سمحت إدارة الغذاء والدواء (FDA) باستخدام لقاح Pfizer في حالات الطوارئ للوقاية من COVID-19 لدى الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 12 عامًا أو أكبر. لم توافق إدارة الغذاء والدواء الأمريكية حتى الآن على أي لقاح للوقاية من COVID-19. لمعرفة المزيد حول المخاطر والفوائد والآثار الجانبية للقاح Pfizer، اقرأ [صحيفة الحقائق الخاصة بالمتلقين ومقدمي الرعاية](#).

3 الموافقة

لقد قرأت وفهمت المعلومات المتعلقة بمخاطر وفوائد لقاح Pfizer في القسم 2 أعلاه. أوافق على ما يلي:

1. أنا الوالد أو الوصي القانوني للطفل المذكور أعلاه ولدي السلطة القانونية للموافقة على تلقيحه/تلقيحها/تلقيحهم بلقاح Pfizer.
2. أفهم أنه إذا كان الطفل المذكور أعلاه يبلغ من العمر ما بين 12 إلى 15 عامًا، فيجب أن يكون شخص بالغ مسؤول حاضرًا عند تلقي اللقاح. إذا كان أحد الوالدين أو الوصي القانوني غير قادر على مرافقة الطفل، فأنا أوافق على الموافقة للشخص البالغ المسؤول المذكور أدناه لمرافقته. أدرك أن هذا الشخص البالغ يجب أن يظهر بطاقة هوية بصورة.*
3. أفهم أنه إذا كان الطفل المذكور أعلاه يبلغ من العمر ما بين 16 أو 17 عامًا، فمن المستحسن أن يكون أحد الوالدين أو الوصي القانوني أو الشخص البالغ المسؤول حاضرًا عند تلقيح الطفل. أفهم أنه بإعطاء موافقتي أدناه، سيحصل الطفل على لقاح Pfizer سواء كنت موجودًا أم لا.
4. أفهم أنه وفقًا لما يقتضيه قانون الولاية (قانون الصحة والسلامة، §120440)، سيتم الإبلاغ عن جميع التطعيمات إلى [سجل التحصين بولاية كاليفورنيا \(CAIR2\)](#). أفهم أنه سيتم مشاركة المعلومات الموجودة في سجل CAIR2 الخاص بالطفل مع إدارة الصحة المحلية وإدارة الصحة العامة بالولاية. يجب معاملتها على أنها معلومات طبية سرية ولا يجوز استخدامها إلا للمشاركة مع بعضها البعض أو وفقًا لما يسمح به القانون. قد أرفض السماح بمشاركة المعلومات بشكل أكبر ويمكنني طلب غلق سجل CAIR2 عن طريق إرسال نموذج [طلب قفل سجل CAIR2 الخاص بي](#).
5. أفهم أنه من خلال التوقيع على هذا النموذج، فأنا أعطي مقاطعة لوس أنجلوس وشركاء اللقاح المشاركين الإذن بالاتصال بي فيما يتعلق بتذكير اللقاح والوصول إلى سجل اللقاح الإلكتروني للطفل.



الموافقة على تلقي لقاح Pfizer-BioNTech COVID-19 للأفراد الذين تقل أعمارهم عن 18 عامًا

6. أفهم أنني لن أضطر لدفع ثمن اللقاح أو تكلفة إعطائه. إذا كان لدي تأمين صحي، فأنا أدرك أن شركة التأمين الخاصة بي قد يتم محاسبتها على تكاليف إعطاء اللقاح.

أمنح الموافقة للطفل المذكور في الجزء العلوي من هذا النموذج للحصول على لقاح Pfizer-BioNTech COVID-19 وقمت بمراجعة المعلومات الواردة في هذا النموذج والموافقة عليها.

اسم الوالد أو الوصي القانوني (الأخير، الأول، الأوسط)

التاريخ

التوقيع

العنوان إذا اختلف عن الوارد أعلاه

رقم العاتف (يفضل الهاتف المحمول)

علاقته بالطفل

خاص بالأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 12 و 15 عامًا والذين لن يكونوا برفقة والديهم أو الوصي القانوني فقط:

اسم الشخص البالغ المسؤول الذي أصرح له بمراقبة الطفل

أقر بأنني قاصر متحرر أو مكتفي ذاتيًا أو متزوجًا أو سبق لي الزواج.
(إذا قمت بتحديد هذا المربع، فسيطلب منك التصديق على ذلك في موعد اللقاح الخاص بك.)

* استثناء: إذا كان القاصر يتلقى اللقاح في المدرسة، فالموافقة مطلوبة؛ ومع ذلك، يجب اتباع إرشادات المدرسة فيما يتعلق بما إذا كان يجب حضور أحد الوالدين/الوصي القانوني أو الشخص البالغ المسؤول.