



### 1 اطلاعات کودک (لطفاً با خط پیوسته ننویسید):

نام کودک (نام خانوادگی، نام، نام میانی)	تاریخ تولد (سال/روز/ماه)
آدرس	شهر
ایالت	کدپستی
شماره تلفن	

### 2 اطلاعات مربوط به خطرات و فواید واکسن کووید-19-Pfizer

واکسن کووید-19-Pfizer از سوی سازمان غذا و دارو (FDA) برای پیشگیری از بیماری کووید-19 در افراد 16 سال به بالا تأیید می‌شود. این واکسن از سوی FDA برای استفاده اضطراری در افراد 12-15 ساله مجوز دریافت کرده است. برای آشنایی بیشتر با خطرات، فواید و عوارض جانبی واکسن Pfizer، [فکت شیت دریافت‌کنندگان و مراقبان](#) را مطالعه نمایید.

### 3 رضایت‌نامه

اینجانب اطلاعات مربوط به خطرات و فواید واکسن Pfizer را در بخش 2 بالا مطالعه کرده و متوجه شده‌ام. من می‌پذیرم که:

- اینجانب والد یا سرپرست قانونی کودک نام‌برده در بالا هستم و برای اعلام رضایت واکسینه شدن او/آنها با واکسن Pfizer دارای اختیارات قانونی می‌باشم.
- اینجانب متوجه هستم چنانچه کودک نام‌برده در بالا 12 تا 15 سال داشته باشد، یک بزرگسال مسئول باید هنگام تزریق واکسن به آنان حضور داشته باشد. اگر والد یا سرپرست قانونی قادر به مشایعت کودک نباشد، اینجانب رضایت خود را برای همراهی وی توسط بزرگسال مسئول نام‌برده در زیر اعلام می‌کنم. من متوجه هستم که این فرد بزرگسال باید کارت شناسایی عکس‌دار نشان دهد.\*
- اینجانب متوجه هستم چنانچه کودک نام‌برده در بالا 16 یا 17 سال داشته باشد، توصیه می‌شود یک والد، سرپرست قانونی یا یک بزرگسال مسئول هنگام تزریق واکسن به کودک حضور داشته باشد. اینجانب متوجه هستم که با اعلام رضایت خویش در زیر، خواه من حضور داشته باشم یا خیر، کودک واکسن Pfizer را دریافت خواهد کرد.
- اینجانب متوجه هستم که بنا به الزام قانون ایالتی (قانون سلامت و ایمنی، § 120440)، کلیه موارد واکسیناسیون به [دفتر ثبت واکسیناسیون کالیفرنیا \(CAIR2\)](#) گزارش خواهد شد. اینجانب متوجه هستم که اطلاعات موجود در پرونده CAIR2 کودک با بخش بهداشت محلی و بخش اداره بهداشت عمومی ایالت به اشتراک گذاشته خواهد شد. لازم است با این اطلاعات همچون اطلاعات محرمانه پزشکی برخورد شود و تنها مورد استفاده آن برای اشتراک‌گذاری با یکدیگر یا به موجب قانون خواهد بود. من می‌توانم از اشتراک‌گذاری بیشتر اطلاعات مذکور خودداری کنم و با ارسال فرم [درخواست مسدودسازی پرونده CAIR من](#)، می‌توانم تقاضا کنم که پرونده CAIR2 مسدود شود.
- اینجانب متوجه هستم که با امضای این فرم من به شهرستان لس آنجلس و بخش‌های مشارکت‌کننده در اجرای طرح واکسیناسیون اجازه می‌دهم برای یادآوری‌های مربوط به واکسن با من تماس بگیرند و به مدرک الکترونیکی واکسیناسیون کودک دسترسی داشته باشند.



6. اینجانب متوجه هستم که برای واکسیناسیون و هزینه تزریق آن هیچگونه وجهی مکلف نخواهم شد. اگر بیمه درمانی داشته باشم، متوجه هستم که هزینه تزریق واکسن، ممکن است در وجه شرکت بیمه صادر شود.

اینجانب رضایت خود را نسبت به واکسیناسیون کودک نام‌برده در بالا با واکسن کووید-19 Pfizer-BioNTech اعلام می‌کنم و اطلاعات مندرج در این فرم را مرور کرده‌ام و آن را می‌پذیرم.

نام والد یا سرپرست قانونی (نام خانوادگی، نام، نام میانی)

تاریخ

امضا

آدرس اگر متفاوت از آدرس بالاست

شماره تلفن (ترجیحاً تلفن همراه)

نسبت با کودک

فقط برای کودکان 12 تا 15 ساله‌ای که والد یا سرپرست قانونی‌شان همراه آنان نیست:

نام بزرگسال مسئول که اجازه می‌دهم کودک را همراهی کند

من یک صغیر آزاد از قومیت سرپرست یا خودکفا هستم، متأهل هستم یا قبلاً متأهل بوده‌ام.  
(با تیک زدن این کادر از شما خواسته می‌شود در موعد مقرر برای دریافت واکسن، مورد مذکور را تصدیق کنید)

\*استثنا: اگر کودک صغیر در مدرسه واکسینه شود، رضایت‌نامه الزامیست؛ با این حال، در خصوص لزوم همراهی والد/سرپرست قانونی یا بزرگسال نامبرده باید رهنمودهای مدرسه را پیروی کرد.