



辉瑞-生物科技有限公司COVID-19疫苗接种同意书

适用于18岁以下人士



1 儿童信息（请工整书写）：

儿童姓名（姓氏，中间名，名字）			出生日期（月/日/年）
街道地址	城市	州	邮政编码
电话号码			

2 关于辉瑞(Pfizer) COVID-19疫苗的风险和好处的信息

美国食品和药物管理局(FDA)已批准使用辉瑞疫苗，以预防16岁及以上的个人感染COVID-19。该疫苗经FDA批准，可在12-15岁的群体中紧急使用。欲了解更多关于辉瑞疫苗的风险、好处和副作用，请阅读[《适用于接种者和照顾者的资料便览》](#)。

3 同意书

我已阅读并理解了上述第二部分中关于辉瑞疫苗的风险和好处的信息。我同意：

- 我是上述儿童的父母或法定监护人，我有法定权力同意给他/她/他们接种辉瑞疫苗。
- 我明白，如果上述儿童年龄在12至15岁之间，在他们接种疫苗时，必须有一名负责任的成年人在场。如果父母或法定监护人不能陪同儿童，我同意以下指定的负责任的成年人陪同他们。我明白这位成年人必须出示带有照片的身份证件(ID)。^{*}
- 我明白，如果上述儿童的年龄为16岁或17岁，则建议儿童在接种疫苗时有一名父母、法定监护人或负责任的成年人在场。我明白，经过我在以下的同意，无论我是否在场，该儿童都将接种辉瑞COVID-19疫苗。
- 我明白，根据加州法律（《健康与安全法规》，第120440节）的要求，所有的免疫接种都将报告给[加州免疫登记处](#)(CAIR2)。我知道儿童的CAIR2记录中的信息将与当地卫生部门和加州公共卫生署共享。此等信息将被视为保密医疗信息，且仅在用于相互分享或法律允许的情况下使用。我可以拒绝允许进一步分享此信息，并且可以通过提交[《锁定我的CAIR记录申请表》](#)，来要求锁定CAIR2记录。
- 我明白，通过签署此同意书，我允许洛杉矶县和参与疫苗接种的合作伙伴就疫苗提醒和访问儿童的电子疫苗接种记录等事宜与我联系。





辉瑞-生物科技有限公司COVID-19疫苗接种同意书 适用于18岁以下人士

6. 我明白，我将不必支付疫苗本身或接种疫苗的费用。如果我有健康保险，我知道我的保险公司可能会收到接种疫苗的费用账单。

我在此同意，为本同意书开头所指明的儿童接种辉瑞-生物科技有限公司COVID-19疫苗，并已阅读并同意本同意书中包含的信息。

父母或法定监护人姓名（姓氏，中间名，名字）

签名

日期

地址（如与上述列出地址不同，请在此填写）

电话号码（最好填写手机号码）

与儿童的关系

仅适用于12至15岁的没有父母或法定监护人陪同的青少年：

我授权陪同儿童的负责的成年人姓名

我是一个脱离父母监护或独立生活的未成年人，或已婚/之前结过婚。
(如果您选中此框，您将被要求在疫苗接种时证实这一点。)

*例外情况：如果未成年人在学校接种疫苗，则需要征得父母或法定监护人的同意；但是否需要家长/法定监护人或指定的成年人在场，则应遵循学校的指引。

