輝瑞生物科技有限公司的COVID-19疫苗接種同意書
適用於18歲以下的人士

1 兒童資訊（請工整書寫）：

兒童姓名（姓氏，中間名，名字） 出生日期（月/日/年）

街道地址 所在城市 所在州 郵遞區號

電話號碼

2 關於輝瑞公司（Pfizer）COVID-19疫苗的風險和好處的資訊

美國食品和藥物管理局（FDA）已批准緊急使用輝瑞疫苗，以預防12歲及12歲以上的兒童感染COVID-19。FDA尚未批准任何預防COVID-19的疫苗。欲瞭解更多關於輝瑞疫苗的風險、好處和副作用，請閱讀適用於接受服務者和護理人員的情況說明書。

3 同意書

我已閱讀並理解了上述第二部分中關於輝瑞疫苗的風險和好處的資訊。我同意：

1. 我是上述兒童的父母或法定監護人，從法律角度而言，我有權同意給他/她/他們接種輝瑞疫苗。
2. 我明白，如果上述兒童年齡在 12 至 15 歲之間，在他們接種疫苗時，必須有一名負責任的成年人在場。如果父母或法定監護人不能陪同兒童，我同意以下指定的成年責任人陪同他們。我明白這位成年人必須出示帶有照片的身份證件（ID）。*
3. 我明白，如果上述兒童的年齡為 16 歲或 17 歲，則建議兒童在接種疫苗時有父母、法定監護人或負責任的成年人在場。我明白，在我同意的情況下，無論我是否在場，孩子都將接種輝瑞 COVID-19 疫苗。
4. 我明白，根據加州法律（《健康與安全法規》，第 120440 節）的要求，所有的免疫接種都將報告給加州免疫登記處（CAIR2）。我知道兒童的 CAIR2 記錄中的資訊將與當地的衛生部門和加州的公共衛生署共用。此等資訊應將被視為保密醫療資訊，且僅在用於相互分享或法律允許的情況下使用。我可以拒絕允許進一步共用資訊，並且可以透過提交鎖定我的 CAIR 記錄的請求表，來要求鎖定 CAIR2 記錄。
5. 我明白，透過簽署此同意書，我將允許洛杉磯縣和參與疫苗接種的合作夥伴就疫苗相關事宜提醒和訪問兒童的電子疫苗接種記錄與我聯繫。

6. 我明白，我將不必支付疫苗本身或接種疫苗的費用。如果我有健康保險，我知道我的保險公司可能會承擔接種疫苗的費用。

我在此同意，為本同意書開頭所指明的兒童接種輝瑞生物科技有限公司的COVID-19疫苗，並已仔細閱讀並同意本同意書中包含的資訊。

父母或法定監護人姓名（姓氏，中間名，名字）

簽名　　日期

位址（如與上述列出位址不同，請在此填寫）

電話號碼（最好填寫手機號碼）

與兒童的關係

僅適用於12至15歲的沒有父母或法定監護人陪同的青少年：

同意陪同兒童的成年責任人的姓名

☐ 我是一個獨立自主或自給自足的未成年人，或已婚/之前結過婚。
（如果您選中此框，您將被要求在疫苗接種預約時證實這一點。）

*例外情況：如果未成年人在學校接種疫苗，則需要征得父母或法定監護人的同意；但是否需要家長/法定監護人或指定的成年人在場，則應遵循學校的指南。