



# Đồng ý Chích ngừa Vắc-xin COVID-19 của Pfizer-BioNTech Cho Người Dưới 18 Tuổi

## 1 Thông tin về Trẻ (xin vui lòng viết chữ in hoa):

Tên của Trẻ (Họ, Tên, Tên đệm)		Ngày sinh (tháng/ngày/năm)	
Địa chỉ Đường phố	Thành phố	Tiểu bang	Mã Zip
Số điện thoại			

## 2 Thông tin về những rủi ro và lợi ích của Vắc-xin COVID-19 của Pfizer

Vắc-xin COVID-19 của Pfizer được Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm (FDA) phê duyệt để phòng ngừa bệnh COVID-19 ở những người từ 16 tuổi trở lên. Vắc-xin này được FDA cho phép sử dụng khẩn cấp ở những người từ 12 đến 15 tuổi. Để tìm hiểu thêm về các rủi ro, lợi ích và tác dụng phụ của vắc-xin của Pfizer, xin hãy đọc [Tờ thông tin dành cho Người tiếp nhận vắc-xin và Người chăm sóc](#).

## 3 Sự đồng ý

Tôi đã đọc và hiểu thông tin về các rủi ro và lợi ích của Vắc-xin Pfizer trong Mục 2 ở trên. Tôi đồng ý rằng:

- Tôi là cha/mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của trẻ có tên ở trên và có thẩm quyền hợp pháp để đồng ý cho trẻ được chích ngừa vắc-xin Pfizer.
- Tôi hiểu rằng nếu trẻ có tên ở trên là đang trong độ tuổi từ 12 đến 15 tuổi, thì một người lớn có trách nhiệm phải có mặt cùng trẻ khi trẻ được chích ngừa vắc-xin. Nếu cha/mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp không thể đi cùng trẻ, tôi đồng ý cho người lớn có trách nhiệm có tên dưới đây đi cùng trẻ. Tôi hiểu rằng người này phải xuất trình thẻ căn cước có ảnh của họ.\*
- Tôi hiểu rằng nếu trẻ có tên ở trên đã đủ 16 hoặc 17 tuổi, thì cha/mẹ, người giám hộ hợp pháp hoặc người lớn có trách nhiệm được khuyến nghị nên có mặt cùng trẻ khi trẻ được chích ngừa vắc-xin. Tôi hiểu rằng với việc đưa ra sự đồng ý của tôi dưới đây, trẻ sẽ được chích ngừa Vắc-xin Pfizer cho dù tôi có mặt hay không.
- Tôi hiểu rằng theo như yêu cầu của luật tiểu bang (Bộ luật Sức khỏe và An toàn, § 120440), tất cả các ca chích ngừa vắc-xin sẽ được báo cáo cho [Hệ thống Đăng ký Chủng ngừa California \(CAIR2\)](#). Tôi hiểu rằng thông tin trong hồ sơ CAIR2 của trẻ sẽ được chia sẻ với sở y tế địa phương và Bộ Y tế Công cộng của Tiểu bang. Những thông tin này sẽ được coi là thông tin y tế bảo mật và chỉ được sử dụng để chia sẻ giữa những nơi này hoặc khi được pháp luật cho phép. Tôi có thể từ chối cho phép việc chia sẻ thêm thông tin và có thể yêu cầu khóa hồ sơ CAIR2 bằng cách gửi đơn [Yêu cầu Khóa Hồ sơ CAIR của Tôi](#).
- Tôi hiểu rằng với việc ký tên vào biểu mẫu này, tôi cho phép quận Los Angeles và các đối tác tham gia công tác chủng ngừa liên lạc với tôi về các nhắc nhở về vắc-xin và truy cập vào hồ sơ chủng ngừa điện tử của trẻ.





# Đồng ý Chích ngừa Vắc-xin COVID-19 của Pfizer-BioNTech Cho Người Dưới 18 Tuổi

6. Tôi hiểu rằng tôi sẽ không phải trả tiền mua vắc-xin hoặc chi phí chích ngừa vắc-xin. Nếu tôi có bảo hiểm y tế, tôi hiểu rằng các chi phí chích ngừa vắc-xin có thể được tính cho công ty bảo hiểm của tôi.

**TÔI ĐỒNG Ý cho trẻ có tên ghi ở phần đầu của biểu mẫu này được chích ngừa Vắc-xin COVID-19 của Pfizer-BioNTech và đã xem xét và đồng ý với các thông tin có trong phiếu này.**

Tên của Cha/Mẹ hoặc Người giám hộ Hợp pháp (Họ, Tên, Tên đệm)

Chữ ký

Ngày

Địa chỉ nếu khác với địa chỉ ở trên

Số điện thoại (ưu tiên số điện thoại di động)

Mối quan hệ với trẻ

Phần dành cho trẻ từ 12 đến 15 tuổi không đi cùng với cha/mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp:

Tên của người lớn có trách nhiệm mà tôi cho phép đi cùng với trẻ

- Tôi là trẻ vị thành niên không còn phụ thuộc vào cha mẹ hoặc đã tự lập hoặc đã kết hôn hay đã từng kết hôn trước đây.  
(Nếu quý vị đánh dấu vào mục này, quý vị sẽ được yêu cầu phải xác thực điều này tại cuộc hẹn chích ngừa vắc-xin của quý vị.)

\*Trường hợp ngoại lệ: Nếu trẻ vị thành niên sẽ được chích ngừa ở trường, thì nhất thiết phải có sự đồng ý; tuy nhiên cần tuân theo hướng dẫn của nhà trường về việc phụ huynh/người giám hộ hợp pháp hoặc người lớn được nêu tên có cần phải có mặt hay không.

