

## موافقة على تلقي لقاح كوفيد-19 للأفراد أقل من 18 عامًا من العمر

القسم 1: معلومات حول الطفل الذي سيتلقى لقاح كوفيد-19 (يرجى الكتابة بأحرف واضحة):

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

القسم 2: معلومات عن مخاطر وفوائد لقاح كوفيد-19.  
منحت إدارة الغذاء والدواء (FDA) الأمريكية تخويلاً باستخدام الطارئ للقاحات للوقاية من مرض كوفيد-19 لدى الأفراد الذين تبلغ أعمارهم 6 أشهر فما فوق. يرجى قراءة صحائف الحقائق الخاصة بالمتلقين ومقدمي الرعاية المنشورة على موقع إدارة الغذاء والدواء الإلكتروني، لمعرفة المزيد حول مخاطر لقاحات كوفيد-19 وفوائدها وآثارها الجانبية. هناك [صحائف حقائق](#) لكل لقاح.

القسم 3: الموافقة.  
لقد راجعت المعلومات المقدمة عن مخاطر وفوائد لقاحات كوفيد-19 المدرجة في القسم 2 أعلاه وأفهمها. أوافق على ما يلي:

- لقد راجعت نموذج الموافقة هذا وأدرك "صحيفة حقائق المتلقين ومقدمي الرعاية" حول المخاطر والفوائد المحتملة للقاح المعني.
- أنا لذي صلاحية قانونية للموافقة على تلقي الطفل المذكور اسمه أعلاه للقاح كوفيد-19.
- أنا أدرك أنني لست ملزمًا بمراقبة الطفل المذكور اسمه أعلاه في موعد تلقي اللقاح، وأنه بمنح موافقتي أدناه، سيتلقى الطفل اللقاح سواء كنت موجودًا خلال موعد تلقي اللقاح أم لا.
- أنا أدرك أنه وفقًا لما يقتضيه قانون الولاية (قانون الصحة والسلامة، القسم 120440)، سيتم الإبلاغ عن جميع التطعيمات في نظام تسجيل التطعيمات في كاليفورنيا (CAIR2). وأنا أدرك أن المعلومات في سجل CAIR2 الخاص بالطفل سوف تُشارك مع إدارة الصحة المحلية ووزارة الصحة العامة للولاية وسيتم التعامل معها على أنها معلومات طبية سرية ولن تُستخدم إلا على سبيل المشاركة مع بعضهما بعضًا أو وفقًا لما يسمح به القانون. يجوز لي أن أرفض السماح بمشاركة المعلومات على نطاق أوسع ويمكنني طلب حجب سجل CAIR2 الخاص بي من خلال زيارة نموذج الويب [Request to Lock My CAIR Record](#).

أمنح موافقتي على أن يتلقى الطفل المذكور اسمه في الجزء العلوي من هذا النموذج، لقاح كوفيد-19، وقد راجعت المعلومات المتضمنة في هذا النموذج وأوافق عليها.

الاسم (الأخير، الأول، الأوسط)	التوقيع
العنوان إذا كان مختلفًا عن المذكور أعلاه	التاريخ
رقم الهاتف إذا كان مختلفًا عن المذكور أعلاه	الصلة بالطفل