

18 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਲਈ COVID-19 ਦੇ ਟੀਕੇ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ

ਭਾਗ 1: COVID-19 ਦੇ ਟੀਕੇ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਲਿਖੋ):

ਬੱਚੇ ਦਾ ਨਾਮ (ਅਖੀਰਲਾ, ਪਹਿਲਾ, ਵਿਚਕਾਰਲਾ)	ਜਨਮ ਦੀ ਤਾਰੀਖ (ਮਮ/ਦਦ/ਸਸਸਸ)	ਉਮਰ
ਸੜਕ ਦਾ ਪਤਾ	ਸ਼ਹਿਰ	ਰਾਜ ਸ਼ਿਪ
ਫੋਨ ਨੰਬਰ		

ਭਾਗ 2: COVID-19 ਦੇ ਟੀਕੇ ਦੇ ਖ਼ਤਰਿਆਂ ਅਤੇ ਫਾਇਦਿਆਂ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ।

ਯੂਐਸ ਫੂਡ ਐਂਡ ਡਰੱਗ ਐਡਮਿਨਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ (U.S. Food and Drug Administration, FDA) ਨੇ 6 ਮਹੀਨੇ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦੇ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਵਿੱਚ COVID-19 ਨੂੰ ਰੋਕਣ ਲਈ ਵੈਕਸੀਨ ਦੀ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਰਤੋਂ ਨੂੰ ਅਧਿਕਾਰਤ ਕੀਤਾ ਹੈ। COVID-19 ਦੇ ਟੀਕੇ ਦੇ ਖ਼ਤਰਿਆਂ, ਫਾਇਦਿਆਂ ਅਤੇ ਮਾੜੇ ਪ੍ਰਭਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਜਾਣਨ ਲਈ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਪ੍ਰਾਪਤਕਰਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲਿਆਂ ਲਈ ਤੱਥ ਸ਼ੀਟਾਂ ਪੜ੍ਹੋ ਜੋ FDA ਦੀ ਵੈੱਬਸਾਈਟ 'ਤੇ ਪੋਸਟ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਨ। ਹਰ ਇੱਕ ਟੀਕੇ ਲਈ [ਤੱਥ ਸ਼ੀਟਾਂ](#) ਹਨ।

ਭਾਗ 3: ਸਹਿਮਤੀ

ਮੈਂ ਉਪਰੋਕਤ ਭਾਗ 2 ਵਿੱਚ COVID-19 ਟੀਕਿਆਂ ਦੇ ਖ਼ਤਰਿਆਂ ਅਤੇ ਫਾਇਦਿਆਂ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕੀਤੀ ਹੈ ਅਤੇ ਉਸਨੂੰ ਸਮਝਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ ਕਿ:

- ਮੈਂ ਇਸ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕੀਤੀ ਹੈ ਅਤੇ ਸੰਬੰਧਿਤ ਟੀਕਿਆਂ ਦੇ ਸੰਭਾਵੀ ਖ਼ਤਰਿਆਂ ਅਤੇ ਫਾਇਦਿਆਂ ਬਾਰੇ "ਪ੍ਰਾਪਤਕਰਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲਿਆਂ ਲਈ ਤੱਥ ਸ਼ੀਟਾਂ" ਨੂੰ ਪੜ੍ਹਿਆ ਅਤੇ ਸਮਝ ਲਿਆ ਹੈ।
- ਮੇਰੇ ਕੋਲ ਉਪਰੋਕਤ ਨਾਮ ਦੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ COVID-19 ਦੇ ਟੀਕੇ ਨਾਲ ਟੀਕਾਕਰਨ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦੇਣ ਦਾ ਕਾਨੂੰਨੀ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ।
- ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਨੂੰ ਟੀਕਾਕਰਨ ਮੁਲਾਕਾਤ 'ਤੇ ਉੱਪਰ ਦੱਸੇ ਗਏ ਬੱਚੇ ਦੇ ਨਾਲ ਜਾਣ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ ਅਤੇ, ਹੇਠਾਂ ਮੇਰੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦੇਣ ਨਾਲ, ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਟੀਕਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਵੇਗਾ ਭਾਵੇਂ ਮੈਂ ਟੀਕਾਕਰਨ ਮੁਲਾਕਾਤ 'ਤੇ ਮੌਜੂਦ ਹੋਵਾਂ ਜਾਂ ਨਹੀਂ।
- ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਰਾਜ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨ (ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਆ ਕੋਡ, § 120440) ਦੁਆਰਾ ਲੋੜੀਂਦਾ ਹੈ, ਸਾਰੇ ਟੀਕਾਕਰਨਾਂ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਇਮਯੂਨਾਈਜ਼ੇਸ਼ਨ ਰਜਿਸਟਰੀ (CAIR2) ਨੂੰ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਬੱਚੇ ਦੇ CAIR2 ਰਿਕਾਰਡ ਵਿਚਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਸਥਾਨਕ ਸਿਹਤ ਵਿਭਾਗ ਅਤੇ ਸਟੇਟ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਔਫ਼ ਪਬਲਿਕ ਹੈਲਥ ਨਾਲ ਸਾਂਝਾ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ, ਇਸ ਨੂੰ ਗੁਪਤ ਡਾਕਟਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਜੋਂ ਮੰਨਿਆ ਜਾਵੇਗਾ, ਅਤੇ ਇਸਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸਿਰਫ ਇਕ ਦੂਜੇ ਨਾਲ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਲਈ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨ ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ। ਮੈਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਅੱਗੇ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇਣ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਅਤੇ [ਮੇਰੇ CAIR ਰਿਕਾਰਡ ਨੂੰ ਲਾਕ ਕਰਨ ਦੀ ਬੇਨਤੀ](#) ਵੈੱਬ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਜਾ ਕੇ CAIR2 ਰਿਕਾਰਡ ਨੂੰ ਲਾਕ ਕਰਨ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ।

ਮੈਂ COVID-19 ਟੀਕੇ ਦੇ ਨਾਲ ਟੀਕਾ ਲਗਵਾਉਣ ਲਈ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਸਿਖਰ 'ਤੇ ਨਾਮ ਦਿੱਤੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਇਸ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰ ਲਈ ਹੈ ਅਤੇ ਉਸ ਨਾਲ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ।

ਨਾਮ (ਅਖੀਰਲਾ, ਪਹਿਲਾ, ਵਿਚਕਾਰਲਾ)	
ਦਸਤਖਤ	ਤਾਰੀਖ
ਪਤਾ ਜੋ ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੇ ਤੋਂ ਵੱਖਰਾ ਹੈ	
ਫੋਨ ਨੰਬਰ ਜੋ ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੇ ਤੋਂ ਵੱਖਰਾ ਹੈ	ਬੱਚੇ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧ