

Согласие на прививание несовершеннолетнего (младше 18 лет) от COVID-19

Раздел 1. Сведения о ребенке, которому предполагается сделать прививку от COVID-19 (прописными печатными буквами):

Имя ребенка (фамилия, имя, среднее имя)	Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ) Возраст		
Дом, улица, квартира	Город	Штат	Почтовый индекс
Номер телефона			

Раздел 2. Сведения о пользе от прививки от COVID-19 и о связанном с ней риске.

Федеральное Управление по вопросам качества лекарств и пищевых продуктов (U.S. Food and Drug Administration, FDA) разрешило в чрезвычайной ситуации прививать детей, которым уже исполнилось 6 месяцев, вакцинами против COVID-19. Ознакомьтесь с «Информационными листками для людей, прививающихся от COVID-19, и тех кто за ними ухаживает» (Fact Sheets for Recipients and Caregivers). Он есть на сайте FDA. Там подробно рассказано о пользе от вакцинации, о связанном с ней риске и о побочных явлениях. [Информационный листок](#) есть для каждой вакцины.

Раздел 3. Согласие.

Я изучил(а) и понял(а) приведенные в разделе 2 сведения о пользе от прививания против COVID-19 и связанном с этим риске. Я подтверждаю следующее:

1. Я изучил(а) форму согласия и прочитал(а) и поняла «Информационный листок для людей, прививающихся от COVID-19, и тех кто за ними ухаживает», где говорится о пользе от соответствующей прививки и о возможном риске.
2. Я имею законное право согласиться на то, чтобы указанного выше ребенка привили от COVID-19.
3. Я понимаю, что мне не обязательно сопровождать этого ребенка во время прививки. Мое согласие означает, что ребенок будет привит независимо от того, буду я присутствовать во время прививки или нет.
4. Я понимаю, что закон штата (Health and Safety Code, § 120440) требует, чтобы все вакцинации вносились в реестр иммунизации штата Калифорния (California Immunization Registry, CAIR2). Я понимаю, что информация в записи о моем ребенке, внесенной в реестр CAIR2, будет доступна местному отделу здравоохранения и Департаменту общественного здравоохранения штата, что она будет рассматриваться как конфиденциальная медицинская информация и использоваться только указанными организациями или в предусмотренных законом случаях. Я могу потребовать, чтобы эту информацию не передавали никаким другим организациям и чтобы запись о ребенке в реестре CAIR2 была заблокирована. Для этого мне нужно воспользоваться онлайн-формой [Запрос на блокировку моей записи в реестре CAIR \(Request to Lock My CAIR Record\)](#).

Я ДАЮ СОГЛАСИЕ на то, чтобы указанный выше ребенок был привит от вакциной против COVID-19 и подтверждаю, что ознакомился со всеми сведениями, включенными в эту форму, и согласен(а) с этой формой.

Имя (фамилия, имя, ср. инициал)	
Подпись	Дата
Почтовый адрес (если отличается от приведенного выше)	
Телефон (если отличается от приведенного выше)	Отношение к ребенку