

# การยินยอมให้ฉีดวัคซีนโควิด-19 สำหรับผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี

ส่วนที่ 1: ข้อมูลเกี่ยวกับเด็กที่จะรับวัคซีนโควิด-19 (โปรดเขียนตัวบรรจง):

ชื่อเด็ก (นามสกุล ชื่อตัว ชื่อกลาง)

วันเดือนปีเกิด (ดต/วว/ปปปป)

อายุ

เลขที่และถนน

เมือง

รัฐ

รหัสไปรษณีย์

หมายเลขโทรศัพท์

ส่วนที่ 2: ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงและประโยชน์ของวัคซีนโควิด-19 (วัคซีน Pfizer และ Moderna)

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาแห่งสหรัฐอเมริกา (FDA) อนุญาตให้ใช้วัคซีน Pfizer และ Moderna เป็นการฉุกเฉินเพื่อป้องกันโควิด-19 ในบุคคลที่มีอายุ 6 เดือนขึ้นไป FDA ยังไม่ได้อนุมัติใบอนุญาตของวัคซีนเพื่อป้องกันโควิด-19 สำหรับผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 16 ปี โปรดอ่านข้อมูลสำคัญสำหรับผู้รับและผู้ดูแลที่โพสต์ไว้ในเว็บไซต์ของ FDA เพื่อเรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับความเสี่ยง ประโยชน์ และผลข้างเคียงของ [วัคซีน Pfizer](#) และ [วัคซีน Moderna](#) มีเอกสารข้อมูลสำคัญสำหรับแต่ละกลุ่มอายุ

ส่วนที่ 3: ความยินยอม

ฉันได้อ่านข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงและประโยชน์ของวัคซีนโควิด-19 ในส่วนที่ 2 ข้างต้นแล้ว และเข้าใจความเสี่ยงและประโยชน์ดังกล่าวแล้ว ฉันยอมรับว่า:

1. ฉันอ่านแบบฟอร์มแสดงความยินยอมนี้แล้ว และได้อ่านและเข้าใจ "ข้อมูลสำคัญสำหรับผู้รับและผู้ดูแล" เกี่ยวกับความเสี่ยงและประโยชน์ของวัคซีน Pfizer และวัคซีน Moderna แล้ว
2. ฉันมีอำนาจตามกฎหมายในการยินยอมให้เด็กที่มีชื่อข้างต้นได้รับการฉีดวัคซีน Pfizer หรือวัคซีน Moderna
3. ฉันเข้าใจว่าฉันไม่จำเป็นต้องไปกับเด็กที่มีชื่อข้างต้น เมื่อเด็กไปฉีดวัคซีนตามที่นัดไว้ และการให้ความยินยอมของฉันด้านล่างนี้แสดงว่าเด็กจะได้รับวัคซีน Pfizer หรือวัคซีน Moderna ไม่ว่าฉันจะอยู่กับเด็กด้วยหรือไม่ก็ตามเมื่อเด็กไปตามนัดฉีดวัคซีน
4. ฉันเข้าใจว่ากฎหมายของรัฐ (ประมวลกฎหมายว่าด้วยสุขภาพและความปลอดภัย มาตรา 120440) กำหนดว่าจะมีการรายงานการฉีดวัคซีนทั้งหมดไปยังสำนักทะเบียนการฉีดวัคซีนของรัฐแคลิฟอร์เนีย (California Immunization Registry: CAIR2) ฉันเข้าใจว่าจะมีการส่งข้อมูลในทะเบียน CAIR2 ของเด็กให้แก่หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่และกรมสาธารณสุขของรัฐ จะปฏิบัติต่อข้อมูลดังกล่าวเสมือนเป็นข้อมูลทางการแพทย์ที่เป็นความลับ และจะใช้ข้อมูลดังกล่าวเฉพาะเพื่อส่งให้แก่หน่วยงานเหล่านั้นหรือตามที่กฎหมายอนุญาตเท่านั้น ฉันมีสิทธิ์ที่จะไม่อนุญาตให้ส่งข้อมูลนั้นต่อไปอีก และสามารถขอให้สื่อทะเบียน CAIR2 ของฉันได้ โดยไปที่แบบฟอร์ม [คำขอให้สื่อทะเบียน CAIR ของฉัน](#)

ฉันยินยอมที่จะให้เด็กที่มีชื่ออยู่ด้านบนของแบบฟอร์มนี้ ได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ของ Pfizer หรือ Moderna และฉันได้อ่านและเห็นด้วยกับข้อมูลที่อยู่ในแบบฟอร์มนี้แล้ว

ชื่อ (นามสกุล ชื่อตัว ชื่อกลาง)

ลายเซ็น

วันที่

ที่อยู่ ถ้าไม่เหมือนกับข้างบน

เบอร์โทรศัพท์ ถ้าไม่เหมือนกับข้างบน

ความสัมพันธ์กับเด็ก