

SỞ Y TẾ NEW MEXICO
ĐƠN CHẤP THUẬN CỦA PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ
CHO TRẺ VỊ THÀNH NIÊN NHẬN VẮC-XIN COVID-19

Tôi, _____, cha mẹ, người giám hộ hoặc người đại diện hợp pháp được ủy quyền đồng ý với việc điều trị y tế cho trẻ vị thành niên được liệt kê dưới đây, đồng ý và cho phép các nhà cung cấp dịch vụ y tế được ủy quyền của Sở Y Tế New Mexico (New Mexico Department of Health, NMDOH) tiêm vắc-xin COVID-19 cho con tôi khi có hoặc không có sự hiện diện của tôi.

Tôi hiểu rằng sau khi tiêm vắc-xin, NMDOH sẽ quan sát con tôi.

- Nếu con tôi không có người lớn đi kèm, con tôi sẽ được theo dõi phản ứng phụ trong thời gian 30 phút.
- Nếu con tôi đi cùng với một người lớn, con tôi có thể được giao cho người lớn đó chăm sóc sau 15 phút theo dõi phản ứng phụ.
- Nếu con tôi có một bệnh trạng làm tăng nguy cơ phản ứng, con tôi sẽ được theo dõi phản ứng phụ trong thời gian 30 phút.

Nếu phản ứng xảy ra, tôi cho phép bất kỳ điều trị y tế khẩn cấp cần thiết nào và hiểu rằng NMDOH sẽ thông báo cho tôi biết càng sớm càng tốt. Tôi cũng thừa nhận rằng sự đồng ý này có thể được xác nhận trực tiếp hoặc bằng lời nói qua điện thoại trước khi tiêm vắc-xin nếu có thắc mắc.

Tôi hiểu rằng con tôi sẽ nhận được vắc-xin COVID-19 đã được Cục Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm phê duyệt theo Ủy Quyền Sử Dụng Khẩn Cấp.

Tôi đã được cấp quyền truy cập vào “TỜ THÔNG TIN DÀNH CHO NGƯỜI NHẬN VẮC-XIN VÀ NGƯỜI CHĂM SÓC” đối với vắc-xin phòng ngừa COVID-19.

[Tờ Thông Tin dành cho Người Nhận Vắc-xin và Người Chăm Sóc theo sự Cho Phép Sử Dụng Khẩn Cấp Vắc-xin Pfizer-BioNTech COVID-19 \(fda.gov\)](#)

[Tờ Thông Tin dành cho Người Nhận Vắc-xin và Người Chăm Sóc | theo sự Cho Phép Sử Dụng Khẩn Cấp | Vắc-xin Moderna COVID-19 \(modernatx.com\)](#)

[Tờ Thông Tin dành cho Người Nhận Vắc-xin và Người Chăm Sóc theo sự Cho Phép Sử Dụng Khẩn Cấp Vắc-xin Janssen COVID-19 \(janssenlabels.com\)](#)

Tôi hiểu những lợi ích và rủi ro của việc tiêm chủng và tôi cho phép con tôi được tiêm chủng.

Vắc xin Đang Được Sử Dụng **Pfizer-BioNTech**

Tên của trẻ vị thành niên nhận vắc-xin _____

Xác nhận Số trẻ vị thành niên: _____

Tên của phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp: _____

Chữ ký của phụ huynh hoặc người giám hộ: _____

Ngày: _____

Số điện thoại nhà của phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp: _____

Chỉ dành cho nhân viên: Các lựa chọn để tiêm vắc-xin cho trẻ vị thành niên bao gồm:

1. Phụ huynh hiện diện tại buổi chích ngừa và ký vào mẫu chấp thuận đã được phê duyệt tại chỗ
2. Trẻ vị thành niên mang mẫu đã ký đến nơi tiêm chủng mà không có sự hiện diện của phụ huynh