

## سازمان بهداشت نیومکزیکو رضایت والدین سرپرستان برای کودکان زیر سن قانونی جهت دریافت واکسن COVID-19

من، \_\_\_\_\_، به عنوان ولی، سرپرست یا نماینده قانونی مجاز به ارائه رضایت جهت درمان پزشکی برای کودک زیر سن قانونی نامبرده در قسمت زیر، بدین وسیله رضایت داده و به ارائه دهندگان مجاز خدمات پزشکی در سازمان بهداشت نیومکزیکو (New Mexico Department of Health, NMDOH) مجوز می‌دهم تا واکسن COVID-19 را با یا بدون حضور فیزیکی من، به فرزندم تزریق کنند.

- من می‌دانم که به دنبال تزریق واکسن، NMDOH وضعیت فرزندم را تحت نظر خواهد گرفت.
- اگر فرزند من توسط یک بزرگسال همراهی نشود، فرزندم برای یک بازه زمانی 30 دقیقه‌ای جهت مشاهده هرگونه واکنش نامطلوب تحت نظر قرار خواهد گرفت.
  - اگر فرزند من توسط یک بزرگسال همراهی شود، مراقبت از فرزندم پس از گذشت یک بازه زمانی 15 دقیقه‌ای جهت مشاهده هرگونه واکنش نامطلوب، در اختیار آن فرد بزرگسال قرار خواهد گرفت.
  - اگر فرزند من دچار یک عارضه پزشکی باشد که خطر واکنش را در وی افزایش دهد، فرزندم برای یک بازه زمانی 30 دقیقه‌ای جهت مشاهده هرگونه واکنش نامطلوب تحت نظر قرار خواهد گرفت.

در صورت بروز واکنش، من اجازه می‌دهم که هرگونه درمان پزشکی اضطراری مورد نیاز انجام شود و می‌دانم که NMDOH موضوع را در اسرع وقت به من اطلاع خواهد داد. من در ادامه تصدیق می‌کنم که در صورت وجود هرگونه سوال، ممکن است این رضایت‌نامه به صورت حضوری یا تلفنی پیش از تزریق واکسن تایید شود.

من می‌دانم که فرزندم یک واکسن COVID-19 تایید شده از سوی سازمان غذا و دارو را طبق مجوز استفاده اضطراری دریافت خواهد کرد.

دسترسی به «برگه اطلاع‌رسانی برای دریافت‌کنندگان و مراقبان» برای واکسن COVID-19 در اختیار من قرار داده شده است. برگه اطلاع‌رسانی واکسن Pfizer-BioNTech COVID-19 EUA برای دریافت‌کنندگان و مراقبان ([fda.gov](https://www.fda.gov)) برگه اطلاع‌رسانی دریافت‌کنندگان واکسن | EUA | Moderna COVID-19 ([modernatx.com](https://www.modernatx.com)) برگه اطلاع‌رسانی واکسن Janssen COVID-19 EUA برای دریافت‌کنندگان و مراقبان ([janssenlabels.com](https://www.janssenlabels.com)) من فواید و خطرات واکسیناسیون را درک می‌کنم و اجازه می‌دهم که فرزندم واکسینه شود.

### Pfizer-BioNTech

واکسنی که تزریق می‌شود

نام کودک زیر سن قانونی دریافت‌کننده واکسن: \_\_\_\_\_

شماره تاییدیه کودک زیر سن قانونی: \_\_\_\_\_

نام ولی یا سرپرست قانونی: \_\_\_\_\_

امضای ولی یا سرپرست قانونی: \_\_\_\_\_

تاریخ: \_\_\_\_\_

شماره تلفن منزل ولی یا سرپرست قانونی: \_\_\_\_\_

**فقط** مخصوص کارکنان: گزینه‌های دریافت واکسن برای یک کودک زیر سن قانونی عبارتند از:

1. والدین در قرار واکسیناسیون حضور پیدا کرده و فرم رضایت‌نامه تایید شده را در محل امضا می‌کنند
2. کودک زیر سن قانونی، فرم رضایت‌نامه امضا شده را همراه خود به قرار واکسیناسیون می‌آورد در حالی که والدین حضور ندارند