

**COVID-19 ကာကွယ်ဆေးထိုးရန် အရွယ်မရောက်သေးသူအတွက်
သဘောတူခွင့်ပြုချက်ပေးခြင်း
(Consent to Vaccinate Minor for COVID-19)**

_____ အရွယ်မရောက်သေးသူ၏ ပထမ၊ အလယ် နှင့် နောက်ဆုံး နာမည် _____ အရွယ်မရောက်သေးသူ၏ မွေးသက္ကရာဇ်

_____ လမ်း လိပ်စာ _____ မြို့ _____ ဇစ်အမှတ်

_____ မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ အမည် _____ မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ ဖုန်း

_____ ကျောင်း အမည်

အထက်၌ ဖော်ပြထားသည့် အသက် 16 သို့မဟုတ် 17 နှစ် အရွယ်မရောက် သေးသည့်ကလေး၏ မိဘ သို့မဟုတ် တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူ တစ်ဦးအနေဖြင့် အထက်ဖော်ပြပါ ကျောင်း၏ စောင့်ရှောက်မှုအောက်၌ ကျွန်ုပ်ကလေးအား Pfizer COVID ကာကွယ်ဆေး 2-လုံး ထိုးပေးရန် **Salt Lake ကောင်တီ ကျန်းမာရေး ဌာန (Salt Lake County Health Department)** ကို သဘောတူခွင့်ပြုချက်ပေးပါသည်။

- ✓ အထက်ပါ အချက်အလက်များသည် မှန်ကန်ကြောင်း ကျွန်ုပ် အတည်ပြုပါသည်။
- ✓ ကျောင်းသားများအား ကာကွယ်ဆေးထိုးပြီးနောက် 15-မိနစ် လေ့လာစောင့်ကြည့်ရန် လိုအပ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။
 - ကျောင်းသား၏ ပြီးခဲ့သည့် ကာကွယ်ဆေးထိုးခြင်း တုံ့ပြန်မှု နှင့်/သို့မဟုတ် ဓါတ်မတည့်မှု မှတ်တမ်း အပေါ်တွင် အခြေခံပြီး လေ့လာစောင့်ကြည့်ခြင်း 30-မိနစ် ပြုလုပ်ရန် လိုသည်။မလိုသည်ကို ကျန်းမာရေး ဌာန သူနာပြုများက ဆုံးဖြတ်ပေးမည် ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။ SLCoHD ၏မှာကြားချက်အရ သူနာပြုများသည် Benadryl နှင့်/သို့မဟုတ် EpiPen ကို လိုအပ်သလို ထိုးပေးမည် ဖြစ်ပါသည်။
- ✓ အကယ်၍ မိမိတို့ ဓါတ်မတည့်ခြင်း ဖြစ်ပါက ကျွန်ုပ်၏ ကျောင်းသားအား သွားရောက်ခေါ်ဆောင်ရန် ကျွန်ုပ်ထံ ဆက်သွယ်အသိပေးလာမည်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။

_____ မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ လက်မှတ် _____ နေ့စွဲ