

Pristanak na vakcinisanje maloljetnika protiv COVID-19 (Consent to Vaccinate Minor for COVID-19)

Ime, srednje ime i prezime maloljetnika

Datum rođenja maloljetnika

Adresa
broj

Grad

Poštanski

Ime i prezime roditelja/staratelja

Broj telefona roditelja/staratelja

Naziv škole

Kao roditelj ili zakonski staratelj gore navedene maloljetne osobe starosti 16 ili 17 godina, ovim dajem pristanak **Salt Lake County Health Department (Zdravstvena uprava okruga Salt Lake)** da mom djetetu da vakcinu protiv COVID-a, Pfizer, u 2 doze, dok je u gore navedenoj školi.

- ✓ Potvrđujem da su gore navedene informacije tačne.
- ✓ Razumijem da učenici moraju biti pod 15-minutnim nadzorom nakon primanja vakcine.
 - Razumijem da će medicinske sestre zdravstvene uprave utvrditi da li je učeniku potreban 30-minutni nadzor, na osnovu historije prethodnih reakcija na vakcinu i/ili alergije. Medicinske sestre će, prema potrebi, dati Benadryl i/ili EpiPen, prema protokolu SLCohD-a.
- ✓ Razumijem da ću biti pozvan da dođem po mog učenika ako mu se javi alergijska reakcija.

Potpis roditelja/staratelja

Datum