

# 未成年人 COVID-19 疫苗接种同意书 (Consent to Vaccinate Minor for COVID-19)

\_\_\_\_\_  
未成年人名字、中间名和姓氏

\_\_\_\_\_  
未成年人出生日期

\_\_\_\_\_  
街道地址

\_\_\_\_\_  
市

\_\_\_\_\_  
邮递区号

\_\_\_\_\_  
家长/监护人姓名

\_\_\_\_\_  
家长/监护人电话

\_\_\_\_\_  
学校名称

作为上述 16 岁或 17 岁未成年儿童的家长或法定监护人，本人同意盐湖郡卫生局在上述学校看护下为本人的孩子接种辉瑞(Pfizer) 2 剂 COVID 疫苗。

- ✓ 本人确认上述资料正确无误。
- ✓ 本人理解学生在接种疫苗后需接受 15 分钟的观察。
  - 本人理解卫生局护士会根据学生既往疫苗反应和/或过敏史来决定学生是否需要接受 30 分钟的观察。护士将根据 SLCoHD 长期医嘱按需使用苯海拉明(Benadryl) 和/或肾上腺素笔(Epipen)。
- ✓ 本人理解，如果我的孩子出现过敏反应，学校将联系我去接孩子。

\_\_\_\_\_  
家长/监护人签名

\_\_\_\_\_  
日期