

미성년자의 COVID-19 예방 접종 동의 (Consent to Vaccinate Minor for COVID-19)

미성년자의 이름, 중간 이름 및 성

미성년자의 생년월일

주소

시

우편번호

학부모/보호자 이름

학부모/보호자 전화번호

학교 이름

위에 명시된 16 세 또는 17 세 미성년자의 부모 또는 법적 보호자로서 본인은 자녀가 위에 나열된 학교에서 보살핌을 받는 동안 솔트레이크 카운티 보건부가 화이자 2 회 접종 COVID 백신을 투여하는 데 동의합니다.

- ✓ 본인은 위의 정보가 정확함을 확인했습니다.
- ✓ 본인은 학생의 백신 투여 후 15 분 동안 관찰해야 한다는 것을 이해합니다.
 - 본인은 보건부 간호사가 백신 반응 및/또는 알레르기의 과거 이력을 기반으로 학생을 30 분간 관찰할 필요가 있는지 여부를 결정할 것임을 이해합니다.
 - 간호사는 필요한 경우 SLCoHD 규정에 따라 베나드릴 및/또는 에피펜을 투여할 것입니다.
- ✓ 본인은 학생이 알레르기 반응을 경험할 경우 픽업하도록 연락을 받을 것임을 이해합니다.

학부모/보호자 서명

날짜