

## कोभिड-19 को लागि सामान्य खोप लगाउन सहमति (Consent to Vaccinate Minor for COVID-19)

नाबालकको पहिलो, बीचको र अन्तिम नाम

नाबालकको जन्म मिति

सडक ठेगाना

सहर

ZIP

आमाबुवा/अभिभावकको नाम

आमाबुवा/अभिभावकको फोन

विद्यालयको नाम

माथि नाम लेखिएको 16 वा 17 वर्ष उमेरको नाबालक बच्चाको आमाबुवा वा कानूनी अभिभावकको रूपमा, म यसद्वारा **साल्ट लेक काउण्टी स्वास्थ्य विभागलाई** मेरो बच्चालाई माथि सूचीबद्ध गरिएको विद्यालयको स्याहारमा हुँदा उसलाई Pfizer 2-मात्राको कोभिड खोप दिने कुरामा सहमत छु।

- ✓ माथिको जानकारी सही छ भनी म प्रमाणित जनाउँछु।
- ✓ म बुझ्दछु खोप प्रशासन पछि 15-मिनेट विद्यार्थीहरूलाई अवलोकनको आवश्यक पर्छ।
  - म बुझ्दछु कि विद्यार्थीलाई 30-मिनेट विगतका खोप प्रतिक्रिया र/वा एलर्जीमा आधारित अवलोकनको आवश्यकता छ भने त्यस स्वास्थ्य विभागका नर्सहरूले निर्धारण गर्नुहुनेछ। SLCoHD स्थायी आदेशका अनुसार, नर्सहरूले आवश्यकता अनुसार बेनाड्रिल र/वा ईपिपेनको प्रबन्ध मिलाउनुहुनेछ।
- ✓ म बुझ्छु म मेरा विद्यार्थीलाई तिनीहरूले एलर्जिक प्रतिक्रियाको अनुभव गरेमा पिकअप गर्नको लागि सम्पर्क गरिनेछ।

आमाबुवा/अभिभावकको हस्ताक्षर

मिति