

# Oggolaanshaha Tallaalka Ilmo ee COVID-19 (Consent to Vaccinate Minor for COVID-19)

Magaca Koobaad, Dhexe iyo Midka ugu Dambeeyay ee Ilmaha

Minor's Taariikhda Dhalashada

Cinwaanka Wadada

Magaalada

Cinwaanka boostada

Magaca Waalidka/Mas'uulka

Waalidka/Mas'uulka Phone

Magaca Dugsiga

Aniga oo ah waalidka ama masuulka sharciga ah ee cunugga ee kor ku xusan ee jira 16 ama 17, waxaan halkaan ku ogolaanayaa **Waaxda Caafimaadka ee Salt Lake** inay ku siiso cunugeyga tallaalka Pfizer qiyaasta 2aad ee COVID inta ay ku jiraan daryeelka dugsiga ku taxan ee kor ku xusan.

- ✓ Waxaan xaqiijinayaa in macluumaadka kore uu sax yahay.
- ✓ Waan fahamsanahay in ardayda looga baahan yahay inay yeeshaan 15-daqqiyo u fiirsasho kadib maamulka tallaalka.
  - Waxaan fahamsanahay in kalkaaliyaasha caafimaadka ee waaxda caafimaadka ay go'aamin doonaan hadii ardaygu ubaahan yahay 30 daqqiyo oo u fiirsasho ku saleysan taariikhdii hore ee falcelinta tallaalka iyo/ama xasaasiyadda. Kalkaaliyeyaashu waxay maamuli doonaan Benadryl iyo/ama Epipen, hadba sida loogu baahdo, halkii ay SLCoHD ee amarada sii jiray.
- ✓ Waxaan fahamsanahay in ilala soo xiriiri doono si aan u soo qaado ardaygeyga haddii ay la kulmaan falcelin xasaasiyadeed.

Saxiixa Waalidka/Mas'uulka Taariikhda