

**COVID-19 VACCINATION CONSENT FORM**  
for Public Health – Seattle & King County vaccination sites

Patient Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

First or Second Dose of Vaccine: First  Second

**Acknowledgement:** I have been provided an opportunity to review the COVID-19 Vaccine Fact Sheet for Recipients and Caregivers. I understand that I can review the Fact Sheet onsite or online (QR code below).



Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine fact sheet: [www.fda.gov/media/144414/download](http://www.fda.gov/media/144414/download)

Moderna COVID-19 vaccine fact sheet: [www.fda.gov/media/144638/download](http://www.fda.gov/media/144638/download)

Janssen/Johnson & Johnson COVID-19 vaccine fact sheet:  
[www.fda.gov/media/146305/download](http://www.fda.gov/media/146305/download)

Additional information about COVID-19 vaccines is available at: [kingcounty.gov/yourvaccine](http://kingcounty.gov/yourvaccine)

List of Authorized Adults who may consent for minors: [kingcounty.gov/vaccine/youth](http://kingcounty.gov/vaccine/youth)

**Authorized Adult Consent:** I am authorized to consent for the patient named above to receive this vaccine. I request that the vaccine be given to the patient named above. I understand that the patient should stay at the vaccine location for 15 to 30 minutes after receiving the vaccine to be monitored for potential immediate vaccine-related reactions and side effects and receive medical intervention if needed.

\_\_\_\_\_  
Signature of Authorized Adult Authorized Adult Print Name Date

**OR**

**For Vaccine Site:**

Verbal consent by \_\_\_\_\_ given by \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_  
Authorized Adult Name/ Phone/Device Staff Name Date  
Relationship to Patient

**Minor Consent:** I am a legally emancipated minor, a minor married to an adult, or have been determined a mature minor. I request that I be given the vaccine. I understand that I should stay at the vaccine location for 15 to 30 minutes after receiving the vaccine to be monitored for potential immediate vaccine-related reactions and side effects and receive medical intervention if needed.

\_\_\_\_\_  
Signature of Emancipated Minor/Married to An Adult Minor/Mature Minor Date

## GIẤY CHẤP NHẬN CHÍCH NGỪA COVID-19

cho các địa điểm chích ngừa của Sở Y Tế Công Cộng - Seattle & Quận King

Tên Đầy Đủ \_\_\_\_\_ Ngày Sinh \_\_\_\_\_

Đây là liều vắc-xin: Đầu tiên  Thứ hai

**Thừa Nhận:** Tôi đã được xem tờ Thông Tin về Vắc-xin COVID-19 cho Người Được Chích Ngừa và Người Chăm Sóc (COVID-19 Vaccine Fact Sheet for Recipients and Caregivers). Tôi hiểu rằng tôi có thể đọc tờ thông tin này tại địa điểm chích ngừa cũng như trên mạng Internet (mã QR ở dưới).



Thông tin vắc-xin COVID-19 Pfizer-BioNtech: [www.fda.gov/media/144626/download](http://www.fda.gov/media/144626/download)

Thông tin vắc-xin COVID-19 Moderna: [www.fda.gov/media/144714/download](http://www.fda.gov/media/144714/download)

Thông tin vắc-xin COVID-19 Janssen/Johnson & Johnson:  
[www.fda.gov/media/146742/download](http://www.fda.gov/media/146742/download)

Tìm hiểu thêm thông tin về các vắc-xin COVID-19 tại đây: [kingcounty.gov/yourvaccine/vietnamese](http://kingcounty.gov/yourvaccine/vietnamese)

**Cam kết của người lớn được ủy quyền:** Tôi được ủy quyền cho phép người có tên ở trên được chích vắc-xin. Việc chích vắc-xin cho người có tên ở trên là do tôi yêu cầu. Người được chích ngừa phải ở lại địa điểm chích 15-30 phút sau khi chích để theo dõi các phản ứng phụ với vắc-xin và can thiệp y tế nếu cần thiết, và tôi hiểu điều đó.

\_\_\_\_\_  
Chữ ký của người lớn được ủy quyền

\_\_\_\_\_  
Ngày ký

### HOẶC

#### For Vaccine Site:

Verbal consent by \_\_\_\_\_ given by \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_  
Authorized Adult Name Phone/Device Staff Name Date

**Cam kết của người vị thành niên:** Tôi là người vị thành niên được hưởng quyền lợi người trưởng thành hợp pháp, hoặc người vị thành niên kết hôn với một người trưởng thành, hoặc gần đây được xác định là một vị thành niên trưởng thành. Tôi yêu cầu được chích ngừa. Người được chích phải ở lại địa điểm chích 15-30 phút sau khi chích để theo dõi các phản ứng phụ với vắc-xin và can thiệp y tế nếu cần thiết, và tôi hiểu điều đó.

\_\_\_\_\_  
Chữ ký của người vị thành niên

\_\_\_\_\_  
Ngày ký