

# COVID-19 VACCINE CONSENT FOR MINORS

## ФОРМА СОГЛАСИЯ НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРИВИВКИ ОТ COVID-19 НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ ЛИЦАМ

Русский язык

RUSSIAN

Имя и фамилия пациента \_\_\_\_\_ XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_ XXXXXXXXXXXXXXXX \_\_\_\_\_

Какая по счёту доза вакцины: Первая  Вторая  Третья

**Подтверждение:** Мне была предоставлена возможность ознакомиться с «Информационным бюллетенем о вакцине от COVID-19 для вакцинируемых и лиц, предоставляющих уход». Я понимаю, что я могу прочитать этот «Информационный бюллетень» в пункте вакцинации или в интернете (QR-код приведён ниже).

**Информационный бюллетень о вакцине Pfizer-BioNTech COVID-19:** [www.fda.gov/media/144414/download](http://www.fda.gov/media/144414/download)

**Информационный бюллетень о вакцине Moderna COVID-19:** [www.fda.gov/media/144638/download](http://www.fda.gov/media/144638/download)

**Информационный бюллетень о вакцине Janssen/Johnson & Johnson COVID-19:** [www.fda.gov/media/146305](http://www.fda.gov/media/146305)

QR-КОД ДЛЯ ДОСТУПА К ИНФОРМАЦИОННЫМ БЮЛ



Дополнительная информация о вакцинах от COVID-19 доступна на сайте: [kingcounty.gov/yourvaccine](http://kingcounty.gov/yourvaccine)

**Согласие взрослого законного представителя:** Я уполномочен(-а) дать согласие на проведение прививки данной вакциной вышеуказанному пациенту. Я прошу о том, чтобы вышеупомянутому лицу была сделана прививка. Я понимаю, что пациент должен оставаться в пункте вакцинации в течение 15- 30 минут после введения вакцины, чтобы находиться под наблюдением за возможными поствакцинальными аллергическими реакциями немедленного типа и побочными эффектами, и при необходимости – для получения медицинской помощи.

ПОДПИСЬ (ПАЦИЕНТ ИЛИ ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ПАЦИЕНТА) ЭКЗЕМПЛЯР ПРЕДНАЗНАЧЕН ТОЛЬКО ДЛЯ ИНФОРМАЦИИ, НЕ ДЛЯ ПОДПИСИ	РАСШИФРОВКА ПОДПИСИ ЭКЗЕМПЛЯР ПРЕДНАЗНАЧЕН ТОЛЬКО ДЛЯ ИНФОРМАЦИИ, НЕ ДЛЯ ПОДПИСИ	ДАТА XXXXXX
---	---	----------------

ЕСЛИ ПОДПИСАНО ЛИЦОМ, КОТОРОЕ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПАЦИЕНТОМ, ОТМЕТИТЬ, КЕМ ПРИХОДИТСЯ ПАЦИЕНТУ:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Назначенный судом опекун             | <input type="checkbox"/> 2. Долговременная доверенность на принятие медицинских решений   | <input type="checkbox"/> 3. Супруг/зарегистрированный домашний партнёр |
| <input type="checkbox"/> 4. Совершеннолетний ребёнок / дети      | <input type="checkbox"/> 5. Родитель(-и)  | <input type="checkbox"/> 6. Взрослый брат(-ья) / сестра(-ы)            |
| <input type="checkbox"/> 7. Взрослый внук / внуки                | <input type="checkbox"/> 8. Взрослая племянница(-ы) / племянник(-и)   |  |
| <input type="checkbox"/> 9. Совершеннолетняя тётя(-и) / дядя(-и) | <input type="checkbox"/> 10. Взрослый друг с юридически оформленной Декларацией согласно ст.7.70.065 RCW (Свода пересмотренных законов шт. Вашингтон) |  |

**ЗА НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПАЦИЕНТОВ:**

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Опекун/законный попечитель                            | <input type="checkbox"/> 2. Уполномоченное судом лицо за ребёнка, помещённого для проживания вне дома | <input type="checkbox"/> 3. Родитель(-и) |  |
| <input type="checkbox"/> 4. Лицо, имеющее разрешение, подписанное родителем(-ями) |   |  | <input type="checkbox"/> 5. Взрослое лицо, представляющее себя от собственного имени в качестве родственника, ответственного за здоровье несовершеннолетнего |

ИЛИ

**Для заполнения в пункте вакцинации:**

Устное согласие, данное (кем) ЭКЗЕМПЛЯР ДЛЯ ИНФОРМАЦИИ, НЕ ДЛЯ ПОДПИСИ, по XXXX кому XXXXX когда XXXXX  
Имя и фамилия взрослого законного представителя Телефон/Прибор Имя/фамилия сотрудника Дата

**Согласие несовершеннолетнего лица:** Я являюсь юридически освобождённым от опеки (эмансипированным) несовершеннолетним лицом, несовершеннолетним лицом, которое состоит в браке со взрослым человеком, или которое признано достаточно дееспособным для принятия решений о своём здоровье и благополучии. Я прошу о том, чтобы мне была сделана прививка. Я понимаю, что я должен оставаться в пункте вакцинации в течение 15 - 30 минут после введения вакцины, чтобы находиться под наблюдением за возможными поствакцинальными аллергическими реакциями и побочными эффектами, и при необходимости – для получения медицинской помощи.

Подпись Эмансипированного/Состоящего в браке со взрослым/Признанного зрелым/дееспособным несовершеннолетнего лица ЭКЗЕМПЛЯР ПРЕДНАЗНАЧЕН ТОЛЬКО ДЛЯ ИНФОРМАЦИИ, НЕ ДЛЯ ПОДПИСИ	Расшифровка подписи ЭКЗЕМПЛЯР ПРЕДНАЗНАЧЕН ТОЛЬКО ДЛЯ ИНФОРМАЦИИ, НЕ ДЛЯ ПОДПИСИ	Дата: XXXX
---	---	---------------

For clarification and informational purposes only. Not to be used as a legal document.

DO NOT SCAN OR UPLOAD TO THE MEDICAL RECORD.

UH4111RU REV SEP 2021