

COVID-19 疫苗 儿科知情同意书

父母/监护人：请回答以下问题，以帮助我们安全地为您的孩子接种 COVID-19 疫苗。疫苗免费。无需出示身份证或保险证明。

儿童信息			
姓氏	名字	中间名	电话号码
邮寄地址	城市	州	邮政编码
电子邮箱地址	出生日期	年龄	是否有医疗保险? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
种族 (勾选所有适用项) <input type="checkbox"/> 美洲印地安人或阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亚洲人 <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美国人 <input type="checkbox"/> 夏威夷本地人或其他太平洋岛民 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 其他种族 _____ <input type="checkbox"/> 拒绝回答	族裔 <input type="checkbox"/> 西班牙裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔 <input type="checkbox"/> 拒绝回答	出生时性别 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性	性别认定 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 跨性男 <input type="checkbox"/> 跨性女 <input type="checkbox"/> 性别酷儿/非二元性别 <input type="checkbox"/> 其他 _____

父母/监护人签名		
<p>本人已收到、阅读/他人向我解释并理解 COVID-19 疫苗紧急使用授权 (EUA) 信息表。本人是上述儿童的父母或法定监护人，允许我的孩子接种 COVID-19 疫苗。本人了解 COVID-19 疫苗的益处和风险，知道我孩子的免疫信息会被录入数据库供其他医疗提供者和学校工作人员使用。</p>		
_____	_____	_____
父母/监护人 (印刷体姓名)	父母/监护人签名	日期
_____	_____	
电话号码	邮箱地址	

仅供办公使用 (For office use only)				
Dose <input type="checkbox"/> 0.3 ml IM <input type="checkbox"/> _____	Site <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> LA	Manufacturer	Lot #	Exp
Date EUA info sheet given	Date EUA published	Appointment?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Appointment date
Vaccinator name (printed)	Vaccinator signature			Date

