

## 소아 동의서

**부모/보호자:** 다음 질문에 대답하여 자녀의 COVID-19 백신을 안전하게 접종할 수 있도록 도와주십시오. 백신 접종은 무료입니다. 신분증 또는 보험이 필요하지 않습니다.

아동 정보			
성	이름	중간 이름 이니셜	전화번호
우편 주소	도시	주	우편 번호
이메일 주소	생년월일	연령	건강 보험이 있습니까? <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음
<b>인종 (해당 항목 모두 선택)</b> <input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민 <input type="checkbox"/> 아시아인 <input type="checkbox"/> 흑인 또는 아프리카계 미국인 <input type="checkbox"/> 하와이 원주민 또는 기타 태평양 도서민 <input type="checkbox"/> 백인 <input type="checkbox"/> 기타 _____ <input type="checkbox"/> 답변 거부	<b>민족</b> <input type="checkbox"/> 히스패닉 <input type="checkbox"/> 히스패닉이 아님 <input type="checkbox"/> 답변 거부	<b>출생 성별</b> <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성	<b>성 정체성</b> <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 성전환 남성 <input type="checkbox"/> 성전환 여성 <input type="checkbox"/> 젠더퀴어/논바이너리 <input type="checkbox"/> 기타 _____

부모/보호자 서명		
<p>본인은 COVID-19 백신 비상 사용 승인(EUA) 정보지를 수령하고 읽어 보았으며/파악했으며 이를 이해합니다. 본인은 위 아동의 부모 또는 법적 보호자이며 제 아이가 COVID-19 백신을 접종받는 것을 허용합니다. 본인은 COVID-19 백신의 이점과 위험성을 이해합니다. 본인은 제 자녀의 예방접종 정보가 다른 의료 제공자와 학교 직원이 사용하는 데이터베이스에 입력된다는 것을 이해합니다.</p>		
_____	_____	_____
부모/보호자 이름(인쇄됨)	부모/보호자 서명	날짜
_____	_____	_____
전화번호	이메일 주소	

부서 전용 (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

# COVID-19 백신 접종을 위한 사전 백신 접종 점검표



## 백신 접종자 대상:

다음 질문은 오늘 귀하가 COVID-19 백신 접종을 하면 안 되는 사유가 있는지 여부를 저희가 결정하는 데 도움을 줍니다. 질문에 “예”라고 답변했다 하더라도 반드시 백신 접종을 하면 안 된다는 의미는 아닙니다. 이는 단지 추가 질문이 있을 수 있음을 의미합니다. 질문이 명확하지 않은 경우, 의료 제공자에게 설명을 요청하십시오.

이름 \_\_\_\_\_

연령 \_\_\_\_\_

### 1. 오늘 몸이 안 좋으십니까?

예    아니요    모름

      

### 2. COVID-19 백신을 맞으신 적이 있습니까?

      

• 그렇다면, 어느 백신 제품을 맞았습니까?

화이자(Pfizer)     모더나(Moderna)     얀센(Janssen)  
(Johnson & Johnson)     다른 의약품 \_\_\_\_\_

• 백신 접종 기록 카드 또는 기타 서류를 가지고 오셨습니까? (예/아니오)

  

### 3. 다음에 대해 알레르기 반응이 있었습니까?

(여기에는 에피네프린 또는 EpiPen®로 치료를 해야 하거나 병원에 가야 하는 심각한 알레르기 반응[예: 아나필락시스]이 포함될 수 있습니다. 또한, 두드러기, 부종 또는 천명을 포함한 호흡곤란을 유발한 알레르기 반응이 포함될 수 있습니다.)

• COVID-19 백신의 성분에는 다음 중 하나가 포함됩니다.

○ 설사약 및 대장 내시경 시술을 위한 약제와 같은 일부 약물에서 발견되는 폴리에틸렌 글리콜(PEG)

      

○ 일부 백신, 필름 코팅 정제 및 정맥 내 스테로이드에서 발견되는 폴리소르베이트

      

• 이전에 투여한 COVID-19 백신

      

### 4. 다른 백신(COVID-19 백신 제외) 또는 주사약 에 알레르기 반응이 있었던 적이 있습니까?

(여기에는 에피네프린 또는 EpiPen®로 치료를 해야 하거나 병원에 가야 하는 심각한 알레르기 반응[예: 아나필락시스]이 포함될 수 있습니다. 또한, 두드러기, 부종 또는 천명을 포함한 호흡곤란을 유발한 알레르기 반응이 포함될 수 있습니다.)

      

### 5. 해당하는 모든 것에 표시하십시오.

18세~49세 사이의 여성

12세~29세 사이의 남성

심근염 또는 심낭염 병력

백신 또는 주사 요법 이외에 음식, 애완동물, 독, 환경적 또는 경구약 알레르기 등과 같은 것에 심각한 알레르기 반응이 있었음

COVID-19에 걸려 항체의약품 또는 회복기혈청으로 치료를 받았음

COVID-19 감염 이후 다기관 염증 증후군(MIS-C 또는 MIS-A)을 진단받음

면역계 약화(즉, HIV 감염 또는 암) 상태, 또는 면역억제제 또는 요법 투여중

출혈성 질환이 있음

혈액 희석제를 복용함

헤파린에 의한 혈소판감소증(HIT) 이력이 있음

현재 임신 또는 모유 수유 중임

성형 필러를 받은 적이 있음

길랭-바레 증후군(GBS) 병력

양식 검토자: \_\_\_\_\_

날짜 \_\_\_\_\_