## Вакцина от КОВИД-19 Форма согласия для детей



**Родитель / законный представитель:** ответьте на следующие вопросы, чтобы помочь нам безопасно привить вашего ребенка от КОВИД-19. Вакцина предоставляется бесплатно. Удостоверения личности или страховки не требуется.

Сведения о ребенке								
Фамилия	Имя	Имя Средний инициал отчества		ициал	Телефонный номер			
Почтовый адрес	Город	род Штат			Почтовый индекс			
Адрес эл. почты	Дата рождения	Во	зраст	Имеется ли у вас медицинская страховка?  □ Да □ Нет				
Расовая принадлежность (отметьте все что применимо)  □ Американский индеец или представитель коренного населения Аляски  □ Уроженец Азии  □ Чернокожий или афроамериканец Состровов Тихого океана  □ Белый  □ Другое  □ Отказываюсь отвечать	принадлежность.  □ Латиноамерикане □ Не  латиноамерикане □ Отказываюсь  отвечать	ц <b>пр</b> и	і, ісвоенный і рождении Женский Мужской	Гендер	оная идентичность ижчина ижчина ижчина-трансгендер инщина-трансгендер идерквир / небинарный угое			
Я получил и прочитал (мне объяснили содержание) брошюру о разрешении на экстренное применение вакцины от КОВИД-19 и понял содержащиеся в ней сведения. Я являюсь родителем или законным представителем указанного выше ребенка и даю разрешение на его прививку вакциной от КОВИД-19. Я понимаю, в чем заключаются преимущества и риски использования вакцины от КОВИД-19. Я понимаю, что сведения о вакцинации моего ребенка будут внесены в базу данных других поставщиков медицинских услуг, а также переданы сотрудникам школы.  Имя родителя / законного Подпись родителя / законного Дата представителя (расшифровка подписи)								
Телефонный номер	Адрес эл. почты	ol						
Только для служебного пользования (F	or office use only)							
Dose 0.3 ml IM Site RA LA	Manufacturer	Lo	t #		Ехр			
Date EUA info sheet given Date EU	A published	Appoin		Yes No	Appointment date			
Vaccinator name (printed)	Vaccinator signatur	e			Date			

tpchd.org





След вам <b>отве</b> ч	Я ПОЛУЧАТЕЛЕЙ ВАКЦИНЫ:  дующие вопросы помогут нам понять, есть ли причины, по которым не следует проводить вакцинацию от COVID-19 сегодня. Если вы чаете "да" на какой-либо вопрос, это не обязательно значит, что			
вам	не рекомендуется проходить вакцинацию. Это значит только, что могут задать дополнительные вопросы. Если вопрос не понятен, осите своего врача пояснить его.	Да	Нет	Не знаю
1.	Вы плохо чувствуете себя сегодня?			
2.	Делали ли вы прививку от COVID-19? ● Если да, какой вакциной?			
	☐ Pfizer-BioNTech ☐ Moderna ☐ Janssen ☐ Другая (Johnson & Johnson)  • Прошли ли вы полную вакцинацию от COVID-19?			
	(например, 1 доза Janssen или 2 дозы вакцины на основе мРНК [Pfizer-BioNTech, Moderna])? • Есть ли у вас с собой сертификат или иной документ о вакцинации?			
3.	Были ли у вас когда-либо аллергические реакции на: (Включая серьезные аллергические реакции [например, анафилактическую реакцию], которые требовали бы терапии эпинефрином или EpiPen® или госпитализации. Сюда также относятся аллергические реакции, которые вызывали бы появление сыпи, вздутий или респираторных нарушений, включая затруднение дыхания).			
	<ul> <li>Компонент вакцины от COVID-19, включая один из следующих:</li> <li>Полиэтилен-гликоль (ПЭГ), входящий в состав некоторых препаратов, таких как слабительные средства и препараты для колоноскопических исследований</li> </ul>			
	Полисорбат, входящий в состав некоторых вакцин, таблеток с пленочной оболочкой и видридовании у стором пов			
	внутривенных стероидов			
	• Предыдущую дозу вакцины от COVID-19  Были ли у вас когда-либо аллергические реакции на другие вакцины <i>(не от COVID-19)</i> или			
4.	инъекционные лекарственные средства? (Включая серьезные аллергические реакции [например, анафилактическую реакцию], которые требовали бы терапии эпинефрином или ЕріРеп® или госпитализации. Сюда также относятся аллергические реакции, которые вызывали бы появление сыпи, вздутий или респираторных нарушений, включая затруднение дыхания).			
5.	Отметьте все утверждения, которые относится к вам:			
	□ Женщина в возрасте от 18 до 49 лет			
	□ Мужчина в возрасте от 12 до 29 лет			
	У меня был миокардит или перикардит			
	У меня были сильные аллергические реакции на аллергены, не являющиеся вакцинами или инъекционными лекарс например, на продукты питания, домашних животных, ядовитые вещества, экзогенная аллергия или аллергия на лег принимаемые перорально	твенными карственні	средств ыми сре	вами, дства,
	Я болел COVID-19 и проходил терапию с использованием моноклональных антител или сыворотки, взятой в период	выздоров	пения	
	☐ После инфицирования COVID-19 у меня был диагностирован мультисистемный воспалительный синдром (MIS-C или	MIS-A)		
	У меня нарушение свертываемости крови			
	Я принимаю препараты, разжижающие кровь			
	У меня ослабленная иммунная система (например, ВИЧ-инфекция, рак), или я принимаю иммунодепрессанты или п иммуносупрессивную терапию	рохожу		
	У меня гепарин-индуцированная тромбоцитопения (НІТ) в анамнезе			
	□ Я беременная или кормлю грудью			
	□ Я применял кожные филлеры			