

## Chấp Thuận Có Hiểu Biết cho trẻ vị thành niên tiêm vắc-xin ngừa COVID-19 của Pfizer

Tôi không thể đi cùng con mình hoặc người được bảo trợ pháp lý đến phòng khám chích ngừa.  
Tôi cho phép người có tên là \_\_\_\_\_ đưa con tôi đi tiêm vắc-xin.

Tôi đã đánh giá và được xem Tờ Thông Tin về Giấy Phép Sử Dụng Khẩn Cấp đối với vắc-xin  
ngừa COVID-19 của Pfizer. Nếu tôi cần thêm thông tin về vắc-xin hoặc quá trình tiêm vắc-xin,  
người đã đưa con tôi đến sẽ liên hệ với tôi qua điện thoại để nói chuyện với nhân viên chích  
ngừa.

Vui lòng đánh dấu một trong những lựa chọn sau

- \_\_\_\_\_ Tôi đã hoàn thành bảng câu hỏi sàng lọc trực tuyến (dị ứng / tình trạng sức khỏe  
khác / v.v.)
- \_\_\_\_\_ Tôi đã in / hoàn thành bảng câu hỏi sàng lọc và sẽ đưa cho con tôi mang theo
- \_\_\_\_\_ Người đưa con tôi đến có thông tin y tế cần thiết để trả lời bảng câu hỏi sàng lọc  
hoặc có thể liên hệ với tôi để biết thêm thông tin

Tôi nắm rõ những nguy cơ và lợi ích của vắc-xin này và chấp thuận cho con tôi tiêm vắc-xin  
Pfizer BioNTech theo giấy phép sử dụng khẩn cấp.

\_\_\_\_\_  
Họ và tên của trẻ

\_\_\_\_\_  
Ngày sinh của trẻ  
(trẻ phải được ít nhất 12 tuổi trở lên)

\_\_\_\_\_  
Tên của cha mẹ hoặc người giám  
hộ hợp pháp

\_\_\_\_\_  
Chữ ký

\_\_\_\_\_  
Ngày hôm nay