

## ФОРМА СОГЛАСИЯ И РАЗРЕШЕНИЯ НА ВАКЦИНАЦИЮ ПРОТИВ COVID-19

в прививочных пунктах Отдела общественного здравоохранения города Сиэтла - Округа Кинг

Имя и фамилия пациента \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_

**Подтверждение:** Мне была предоставлена возможность ознакомиться с Информационным бюллетенем по вакцине против COVID-19 для получателей вакцины и лиц, осуществляющих уход. Я понимаю, что могу ознакомиться с Информационным бюллетенем на месте или в интернете.

**Информационный бюллетень по вакцине против COVID-19 Pfizer-BioNTech:** (по-английски)

- [www.fda.gov/media/167212/download](http://www.fda.gov/media/167212/download)

**Информационный бюллетень по вакцине против COVID-19 Moderna:** (по-английски)

- [www.fda.gov/media/167209/download](http://www.fda.gov/media/167209/download)

**Информационный бюллетень по вакцине против COVID-19 Novavax:** (по-английски)

- Возраст от 12 лет и старше: [www.fda.gov/media/159898/download](http://www.fda.gov/media/159898/download)



QR-КОД ДЛЯ  
ПОЛУЧЕНИЯ  
ИНФОРМАЦИИ  
О ВАКЦИНЕ

Дополнительная информация о вакцинах против COVID-19 доступна по адресу:  
[kingcounty.gov/yourvaccine/russian](http://kingcounty.gov/yourvaccine/russian) (QR-код выше)

**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 уполномоченного взрослого

\_\_\_\_\_  
Имя уполномоченного взрослого печатными буквами

\_\_\_\_\_  
Дата

**или**

### For Vaccine Site:

Verbal consent by \_\_\_\_\_ given by \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_  
Authorized Adult Name Phone/Device Staff Name Date

**Согласие несовершеннолетнего лица:** Я являюсь юридически освобождённым от опеки (эмансипированным) несовершеннолетним лицом; лицом, состоящим в браке со взрослым человеком; или несовершеннолетним лицом, которое признано дееспособным. 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 немедленного типа и побочными эффектами, и при необходимости – для получения медицинской помощи.

\_\_\_\_\_  
Подпись Эмансипированного/Состоящего в браке со взрослым / Дееспособного несовершеннолетнего лица

\_\_\_\_\_  
Дата