



17 岁或以下个人的 COVID-19 疫苗同意书

第 1 节：接种 COVID-19 疫苗的儿童信息（请以正楷书写）：

儿童姓名（姓氏、名字、中间名）

出生日期
(月/日/年)

年龄

街道地址

市

州

邮编

电话号码

第 2 节：COVID-19 疫苗相关信息

您的孩子要接种由 Pfizer-BioNTech 或 Moderna 生产的 COVID-19 疫苗。您的孩子需要接种的全部疫苗剂次（注射到肌肉的疫苗针次）将根据您的孩子接种的疫苗，其年龄和病史而有所不同。

在接种疫苗之前，疫苗提供者将需要有关您孩子病史的某些信息。这些问题可在此处查阅：<https://www.mass.gov/CDCScreeningForm>。

疫苗可能无法让所有人避免 COVID-19 疾病。如果儿童患了 COVID-19 疾病，接种疫苗有助于防止儿童患重症。



17 岁或以下个人的 COVID-19 疫苗同意书

有些人接种疫苗后可能会出现副作用。报告的副作用与常规疫苗接种后的副作用类似，如疲劳、发烧或注射部位疼痛。副作用可能会影响您孩子进行日常活动的 ability，但应该会在几天内消失。第二次注射后副作用更为常见。有些儿童没有副作用。

请了解关于[注射 COVID-19 疫苗后潜在副作用的信息](#)。

疫苗引起严重过敏反应的可能性很小。严重的过敏反应通常会在接种疫苗后几分钟到一小时内发生。因此，疫苗接种提供者可能会要求疫苗接种者在接种疫苗后留在疫苗接种地点进行监测。严重过敏反应的症状可能包括呼吸困难、面部和喉咙肿胀、心跳加快和/或全身严重皮疹。

其他信息在生产商的情况说明书中提供，情况说明书可访问以下链接获取：

- [Pfizer-BioNTech 接种者和护理人员情况说明书](#)
- [Moderna COVID-19 接种者和护理人员情况说明书](#)

想要查找有关儿童和青少年接种 COVID-19 疫苗的更多信息，请访问

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/recommendations/children-teens.html>

第 3 节：同意书

未成年人疫苗接种同意书：我已查看了上方第 2 节中的信息，并了解了相关风险和益处。在下方提供同意即表明，我同意：

- 我已查看该同意书，并且我了解“接种者和护理人员情况说明书”中包含有关 COVID-19 疫苗潜在风险和益处的更详细信息。

17 岁或以下个人的 COVID-19 疫苗同意书



- 我有合法权力同意为上述儿童接种 COVID-19 疫苗。
- 我了解，我无需陪同上述儿童赴约接种疫苗，只要我在下方表示同意，无论我是否出席疫苗接种预约，该儿童都会接种 COVID-19 疫苗。
- 如果我有承保上述儿童的健康保险，我允许向我的保险公司收取接种疫苗的费用。政府将为疫苗本身付费，我不会支付免疫接种费用。
- 我了解，根据州法律的要求，所有免疫接种都将向公共卫生部马萨诸塞州免疫接种信息系统 (MIIS) 报告。我可以访问 www.mass.gov/dph/miis 上的 MIIS 家长和患者情况说明书，了解有关 MIIS 的信息，以及如果我反对将我或我家人的数据与 MIIS 中的其他提供者共享该怎么办。

我同意本表顶部指定的儿童接种 COVID-19 疫苗，并已审查并同意本表**第 3 节**中包含的信息。(如果未签署、注明日期并返回该同意书，该儿童将不会接种疫苗。)

法定授权代表签字

日期