

Форма о согласии на вакцинацию против COVID-19 для лиц в возрасте 17 лет и младше



Раздел 1: Информация о ребенке для прохождения вакцины против COVID-19 (печатными буквами):

Имя ребенка (фамилия, имя, отчество)

Дата рождения
(дд.мм.гггг)

Возраст

Улица

Город

Штат

Почтовый индекс

Номер телефона

Раздел 2: Информация о вакцине против COVID-19

Вашему ребенку будет предложена вакцина против COVID-19 от производителей Pfizer-BioNTech или Moderna. Количество доз (внутримышечных введений вакцины), которые потребуются для прохождения полной вакцинации, зависит от типа получаемой вакцины, возраста ребенка и его анамнеза.

Поставщику услуг вакцинации потребуется определенная информация об анамнезе вашего ребенка перед введением вакцины. С вопросами можно ознакомиться на сайте <https://www.mass.gov/CDCScreeningForm>.

Вакцина не сможет защитить всех от заражения COVID-19. Вакцинация может помочь детям избежать тяжелого течения заболевания, даже если они заразятся COVID-19.



Форма о согласии на вакцинацию против COVID-19 для лиц в возрасте 17 лет и младше

Некоторые люди могут испытывать побочные эффекты после вакцинации. Сообщенные побочные эффекты аналогичны тем, которые возникают после плановых вакцин, такие как усталость, повышенная температура или боль в месте, где была введена вакцина. Побочные эффекты могут повлиять на способность ребенка заниматься повседневными делами, но они должны пройти через несколько дней. Побочные эффекты чаще возникают после введения второй дозы вакцины. У некоторых детей отсутствуют побочные эффекты.

Получите более подробную информацию о [возможных побочных эффектах вакцинации против COVID-19 у детей](#).

Существует небольшая вероятность того, что вакцина может вызвать тяжелую аллергическую реакцию. Тяжелая аллергическая реакция обычно возникает в интервале от нескольких минут до одного часа после введения дозы вакцины. В этой связи поставщик услуг вакцинации может попросить человека не покидать учреждение, где ему ввели вакцину, для дальнейшего наблюдения. Признаки тяжелой аллергической реакции могут включать затрудненное дыхание, отек лица и горла, учащенное сердцебиение и/или сильную сыпь по всему телу.

Более подробная информация доступна в информационных бюллетенях производителей по адресу:

- [Информационный бюллетень о вакцине Pfizer-BioNTech против COVID-19 для реципиентов и опекунов](#)
- [Информационный бюллетень о вакцине Moderna против COVID-19 для реципиентов и опекунов](#)

Более подробную информацию о вакцинации против COVID-19 для детей и подростков можно найти по ссылке <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/recommendations/children-teens.html>

Форма о согласии на вакцинацию против COVID-19 для лиц в возрасте 17 лет и младше



Раздел 3: Согласие

СОГЛАСИЕ НА ВАКЦИНАЦИЮ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО ЛИЦА: Я ознакомился(-лась) с информацией в Разделе 2 выше и понимаю все риски и пользу вакцинации. Предоставляя свое согласие ниже, я подтверждаю, что:

- Я ознакомился(-лась) с данной формой о согласии и понимаю, что «Информационный бюллетень для реципиентов и опекунов» содержит более подробную информацию о возможных рисках и преимуществах вакцин против COVID-19.
- У меня есть правовое основание дать согласие на вакцинацию ребенка, указанного выше, против COVID-19.
- Я понимаю, что не обязан(-а) сопровождать ребенка, указанного выше, на прием, связанный с вакцинацией, и при предоставлении моего согласия ниже ребенок пройдет вакцинацию против COVID-19 независимо от того, присутствую ли я на таком приеме или нет.
- При наличии страховки, покрывающей расходы ребенка, указанного выше, я даю разрешение на выставление счета за расходы на введение вакцины моей страховой компании. Правительство оплачивает саму вакцину, и мне не будет выставлен счет на эту часть стоимости вакцинации.
- Понимаю и согласен(-на) с тем, что в соответствии с требованиями законодательства штата данные обо всех прививках будут переданы в Информационную систему по иммунизации (MIIS) Департамента общественного здравоохранения штата Массачусетс. Я могу получить доступ к информационному бюллетеню MIIS для родителей и пациентов по адресу www.mass.gov/dph/miis, чтобы получить информацию об MIIS и о том, что делать, если я возражаю против передачи своих персональных данных и данных членов своей семьи другим поставщикам в MIIS.

Я ДАЮ СОГЛАСИЕ на вакцинацию ребенка, указанного в верхней части этой формы, вакциной против COVID-19, а также подтверждаю, что ознакомлен(-а) и согласен(-на) с информацией, содержащейся в **Разделе 3** этой формы. (Если это согласие не подписано, не датировано и не возвращено, ребенок не будет вакцинирован.)

Подпись законного представителя

Дата