

# ĐỒNG Ý CHO CHÍCH NGỪA CHỐNG COVID-19

Thông tin về Cho Phép Sử Dụng Khẩn Cấp Vắc-xin Pfizer-BioNTech COVID-19 đã được cung cấp cho tôi. Tôi hiểu những lợi ích và rủi ro của thuốc chích ngừa và đã có cơ hội để đặt câu hỏi về thuốc chích ngừa. Tôi đồng ý cho trẻ vị thành niên được liệt kê dưới đây nhận vắc-xin Pfizer-BioNTech COVID-19 theo Cho Phép Sử Dụng Khẩn Cấp.

---

TÊN CỦA TRẺ VỊ THÀNH NIÊN NHẬN VACCINE

---

NGÀY SINH CỦA TRẺ VỊ THÀNH NIÊN NHẬN VACCINE

Tôi xác nhận rằng trẻ vị thành niên nhận vắc xin từ 12 tuổi trở lên:

Có       Không

Nếu quý vị là cha mẹ (hoặc người đại diện được ủy quyền), xin vui lòng ký tên và ghi ngày dưới đây, thể hiện sự đồng ý của quý vị để trẻ vị thành niên nhận vắc xin Pfizer-BioNTech COVID-19.

---

CHỮ KÝ CỦA PHỤ HUYNH HOẶC NGƯỜI ĐẠI DIỆN ĐƯỢC ỦY QUYỀN      NGÀY

---

MỐI QUAN HỆ VỚI TRẺ VỊ THÀNH NIÊN

