



## 1 معلومات خاصة بالطفل (الرجاء الكتابة):

اسم الطفل (الأخير، الأول، الأوسط)	تاريخ الميلاد (شهر يوم سنة)
عنوان الشارع	المدينة
الولاية	الرمز البريدي
رقم الهاتف	

## 2 معلومات عن أخطار لقاح فايزر ضد كوفيد-19 وفوائده

اعتمدت إدارة الغذاء والدواء استخدام لقاح فايزر للوقاية من مرض كوفيد-19 لدى من تبلغ أعمارهم 16 عامًا أو أكبر، وللإستخدام الطارئ لمن هم في الفئة العمرية 5-15 عامًا. لمعرفة المزيد حول أخطار لقاح فايزر، وفوائده، وآثاره الجانبية، اقرأ [صحيفة الحقائق للمتلقين ومقدمي الرعاية للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 5 و 11 سنة أو 12 سنة أو أكثر.](#)

## 3 الموافقة

لقد قرأت وفهمت المعلومات المتعلقة بمخاطر وفوائد لقاح فايزر في القسم 2 أعلاه. أوافق على ما يلي:

- أنا الوالد أو الوصي القانوني للطفل المذكور أعلاه ولدي السلطة القانونية للموافقة على تلقيحه/تلقيحها/تلقيحهم بلقاح فايزر.
- أفهم أنه إذا كان الطفل المذكور أعلاه يبلغ من العمر ما بين 5 إلى 15 عامًا، فيجب أن يكون شخص بالغ مسؤول حاضراً عند تلقي اللقاح. إذا كان أحد الوالدين أو الوصي القانوني غير قادر على مرافقة الطفل، فأنا أمنح الموافقة للشخص البالغ المسؤول المذكور أدناه لمرافقته.\*
- أفهم أنه إذا كان الطفل المذكور أعلاه يبلغ من العمر ما بين 16 أو 17 عامًا، فمن المستحسن أن يكون أحد الوالدين أو الوصي القانوني أو الشخص البالغ المسؤول حاضراً عند تلقيح الطفل. أفهم أنه بإعطاء موافقتي أدناه، سيحصل الطفل على لقاح فايزر سواء كنت موجوداً أم لا.
- أفهم أنه وفقاً لما يقتضيه قانون الولاية (قانون الصحة والسلامة، §120440s)، سيتم الإبلاغ عن جميع التطعيمات إلى [سجل التحصين بولاية كاليفورنيا \(CAIR2\)](#). أفهم أنه سيتم مشاركة المعلومات الموجودة في سجل CAIR2 الخاص بالطفل مع إدارة الصحة المحلية وإدارة الصحة العامة بالولاية. يجب معاملتها على أنها معلومات طبية سرية ولا يجوز استخدامها إلا للمشاركة مع بعضها البعض أو وفقاً لما يسمح به القانون. قد أرفض السماح بمشاركة المعلومات بشكل أكبر ويمكنني طلب غلق سجل CAIR2 عن طريق إرسال نموذج [طلب قفل سجل CAIR الخاص بي](#).
- أفهم أنه من خلال التوقيع على هذا النموذج، فأنا أعطي مقاطعة لوس أنجلوس وشركاء اللقاح المشاركين الإذن بالاتصال بي فيما يتعلق بتذكير اللقاح والوصول إلى سجل اللقاح الإلكتروني للطفل.



6. أفهم أنني لن أضطر لدفع ثمن اللقاح أو تكلفة إعطائه. إذا كان لدي تأمين صحي، فأنا أدرك أن شركة التأمين الخاصة بي قد يتم محاسبتها على تكاليف إعطاء اللقاح.

أمنح الموافقة للطفل المذكور في الجزء العلوي من هذا النموذج للحصول على لقاح لقاح كوفيد - ١٩ فايزر بايونتك  
وقمت بمراجعة المعلومات الواردة في هذا النموذج والموافقة عليها.

اسم الوالد أو الوصي القانوني (الأخير، الأول، الأوسط)

التاريخ

التوقيع

العنوان إذا اختلف عن الوارد أعلاه

رقم الهاتف (يفضل الهاتف المحمول)

علاقته بالطفل

خاص بالأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 5 و 15 عامًا والذين لن يكونوا برفقة والديهم أو الوصي القانوني فقط:

اسم الشخص البالغ المسؤول الذي أصرح له بمرافقة الطفل

أقر بأنني قاصر مستقل ذاتياً أو متزوج أو سبق لي الزواج.

(إذا قمت بتحديد هذا المربع، فسيتطلب منك التصديق على ذلك في موعد اللقاح الخاص بك.)

\* استثناء: إذا كان القاصر يتلقى اللقاح في المدرسة، فالموافقة مطلوبة؛ ومع ذلك، يجب اتباع إرشادات المدرسة فيما يتعلق بما إذا كان يجب حضور أحد الوالدين/الوصي القانوني أو الشخص البالغ المسؤول.