



화이자-바이오엔테크 COVID-19 예방접종 동의서 만 18세 미만 청소년 대상

1 자녀의 정보 (정자체로 적어주세요):

자녀의 이름 (성, 이름, 중간 이름)		생년월일 (연도/월/일)	
거리 주소	도시	주	우편 번호
전화번호			

2 화이자 COVID-19 백신의 위험성 및 효과에 관한 정보

미국 식품 의약국(FDA)은 COVID-19 감염을 예방하기 위해 만 16세 이상의 사람에게 화이자 COVID-19 백신을 승인했습니다. FDA는 만 5세~15세의 청소년에게 백신의 긴급 사용을 승인했습니다. 화이자 백신의 위험성, 이점 및 부작용에 대해 자세히 알아보려면 [만 5-11세 어린이 또는 만 12세 이상 청소년을 위한 접종자 및 간병인을 위한 자료표](#)를 읽으십시오.

3 동의서

본인은 위의 제2항에 설명된 화이자 백신의 위험성 및 효과에 관한 정보를 읽고 이해했습니다. 본인은 다음 사항에 동의합니다.

1. 본인은 위에 언급된 자녀의 부모 또는 법적 보호자이며, 자녀의 화이자 백신 접종에 동의할 법적 권한이 있습니다.
2. 본인은 위에 언급된 자녀가 만 5 세부터 15 세인 경우, 자녀의 예방접종에 부모, 법적 보호자, 성인 책임자가 동행할 것을 권장한다는 사실을 알고 있습니다. 본인이 아래에 동의하면 본인의 동행 여부에 관계없이 해당 자녀는 화이자 백신을 접종하게 된다는 것을 알고 있습니다*.
3. 본인은 위에 언급된 자녀가 만 16 세 또는 17 세 사이라면, 예방접종을 받을 때 성인 책임자가 동행해야 한다는 것을 알고 있습니다. 만약 부모나 법적 보호자가 자녀와 동행할 수 없다면, 아래에 지정한 성인 책임자의 동행에 동의합니다. 본인은 성인 책임자가 반드시 사진이 부착된 ID (신분증명서)*를 제시해야 한다는 것을 알고 있습니다.
4. 본인은 주법(캘리포니아주 보건안전법, § 120440)에 따라 모든 접종 사실이 [캘리포니아 예방접종 등록 시스템 \(CAIR2\)](#)에 보고된다는 사실을 알고 있습니다. 본인은 CAIR2 기록에 있는 자녀의 정보가 주 공중 보건부와 지역 보건국에 공유된다는 것을 알고 있습니다. 해당 정보는 기밀 의료 정보로 취급되며, 법률에서 허용되는 경우에만 사용됩니다. 본인은 추가적인 정보의 공유를 거부할 수 있으며, [CAIR 기록 잠금 요청](#) 양식을 제출하여 CAIR2 기록의 공유를 중지할 것을 요청할 수 있습니다.
5. 본 동의서에 서명함으로써 본인은 로스앤젤레스 카운티와 협업하는 예방 접종 파트너에게 백신 관련 알림과 자녀의 전자 예방접종 기록에 대해 본인에게 연락할 수 있는 권한을 부여한다는 것을 알고 있습니다.





화이자-바이오엔테크 COVID-19 예방접종 동의서 만 18세 미만 청소년 대상

6. 본인은 백신의 비용 또는 백신을 접종하는 의료 행위에 대한 비용을 지불할 필요가 없다는 것을 알고 있습니다. 본인은 건강 보험에 가입된 경우, 보험 회사에 백신 접종 비용을 청구할 수 있음을 알고 있습니다.

본인은 이 동의서 상단에 명시된 자녀가 화이자-바이오엔테크 백신을 접종하는 데 동의하고, 본 동의서에 포함된 정보를 검토했고, 이에 동의합니다.

부모 또는 법적 보호자의 이름 (성, 이름, 중간 이름)

서명

날짜

주소가 위와 다른 경우

전화번호 (휴대전화 번호)

자녀과의 관계:

부모 또는 법적 보호자가 동행하지 않는 만 5~15세의 경우에만:

본인의 권한을 부여받은 자녀와 동행할 성인 책임자의 성함

본인은 법적 보호자로부터 독립 또는 자립한 미성년자이거나 현재 결혼했거나 이전에 결혼한 적이 있습니다.

(이 상자를 선택하면 백신 접종 시 이를 증명하라는 요청을 받게 됩니다.)

*예외 사항: 미성년자 자녀가 학교에서 예방접종을 받는 경우, 동의서가 필요합니다. 그러나 부모/법적 보호자 또는 지명된 성인 책임자의 동행 여부는 학교 지침에 따라야 합니다.

