



輝瑞-生物科技有限公司 COVID-19 疫苗接種同意書 適用於 18 歲以下人士

1 兒童資訊 (請工整書寫) :

兒童姓名 (姓氏, 中間名, 名字)		出生日期 (月/日/年)	
街道地址	城市	州	郵遞區號
電話號碼			

2 關於輝瑞(Pfizer) COVID-19 疫苗的風險和好處的資訊

美國食品和藥物管理局(FDA)已批准使用輝瑞疫苗, 以預防16歲及以上的個人感染COVID-19。該疫苗現已獲得FDA的緊急使用授權, 可在5-15歲的兒童群體中使用。欲瞭解更多關於輝瑞疫苗的風險、好處和副作用, 請閱讀適用於5-11歲或12歲及以上兒童的 [《接種者和照顧者的資料便覽》](#)。

3 同意書

我已閱讀並理解了上述第二部分中關於輝瑞疫苗的風險和好處的資訊。我同意:

1. 我是上述兒童的父母或法定監護人, 我有法定權力同意給他/她/他們接種輝瑞疫苗。
2. 我明白, 如果上述兒童年齡在 5 至 15 歲之間, 在他們接種疫苗時, 必須有一名負責的成年人在場。如果父母或法定監護人不能陪同兒童, 我同意以下指定的負責的成年人陪同他們。*
3. 我明白, 如果上述兒童的年齡為 16 歲或 17 歲, 則建議兒童在接種疫苗時有一名父母、法定監護人或負責的成年人在場。我明白, 經過我在以下的同意, 無論我是否在场, 該兒童都將接種輝瑞 COVID-19 疫苗。
4. 我明白, 根據加州法律 (《健康與安全法規》, 第 120440 節) 的要求, 所有的免疫接種都將報告給 [加州免疫登記處\(CAIR2\)](#)。我知道兒童的 CAIR2 記錄中的資訊將與當地衛生部門和加州公共衛生署共享。此等資訊將被視為保密醫療資訊, 且僅在用於相互分享或法律允許的情況下使用。我可以拒絕允許進一步分享此資訊, 並且可以透過提交 [《鎖定我的 CAIR 記錄申請表》](#), 來要求鎖定 CAIR2 記錄。
5. 我明白, 透過簽署此同意書, 我允許洛杉磯縣和參與疫苗接種的合作夥伴就疫苗提醒和訪問兒童的電子疫苗接種記錄等事宜與我聯繫。





輝瑞-生物科技有限公司COVID-19疫苗接種同意書 適用於18歲以下人士

6. 我明白，我將不必支付疫苗本身或接種疫苗的費用。如果我有健康保險，我知道我的保險公司可能會收到接種疫苗的費用帳單。

我在此同意，為本同意書開頭所指明的兒童接種輝瑞-生物科技有限公司COVID-19疫苗，並已閱讀並同意本同意書中包含的資訊。

父母或法定監護人姓名（姓氏，中間名，名字）

簽名

日期

地址（如與上述列出地址不同，請在此填寫）

電話號碼（最好填寫手機號碼）

與兒童的關係

僅適用於5至15歲的沒有父母或法定監護人陪同的兒童：

我授權陪同兒童的負責的成年人姓名

我是一個脫離父母監護或獨立生活的未成年人，或已婚/之前結過婚。

（如果您選中此框，您將被要求在疫苗接種時證實這一點。）

*例外情況：如果未成年人在學校接種疫苗，則需要征得父母或法定監護人的同意；但是否需要家長/法定監護人或指定的成年人在場，則應遵循學校的指引。

