

# СОГЛАСИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ВАКЦИНЫ ПРОТИВ COVID-19 ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Имя и фамилия пациента \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_

Первая или вторая доза вакцины: Первая  Вторая

Я подтверждаю, что мне была предоставлена возможность ознакомиться с информационным листком о вакцине против COVID-19 для получателей вакцины и их опекунов. Я понимаю, что могу ознакомиться с информационным листком на месте или в интернете (QR-код приведен ниже).

Информация о вакцине Pfizer-BioNTech против COVID-19: [www.fda.gov/media/144414/download](http://www.fda.gov/media/144414/download)

Информация о вакцине Moderna против COVID-19: [www.fda.gov/media/144638/download](http://www.fda.gov/media/144638/download)

Информация о вакцине Janssen/Johnson & Johnson против COVID-19: [www.fda.gov/media/146305/download](http://www.fda.gov/media/146305/download)

QR-КОД ДЛЯ ИНФОРМАЦИОННОГО ЛИСТА



Дополнительная информация о вакцинах против COVID-19 доступна по адресу: [kingcounty.gov/yourvaccine](http://kingcounty.gov/yourvaccine)

**Согласие уполномоченного взрослого** Я имею полномочие дать согласие на вакцинацию указанного выше пациента. Я прошу поставить вакцину указанному выше пациенту. Я понимаю, что пациент должен оставаться в месте вакцинации в течение 15–30 минут после получения вакцины для наблюдения за возможными реакциями и побочными эффектами, которые могут случиться вскоре после получения вакцины, и получения медицинской помощи, если это будет необходимо.

|                                                          |                            |      |
|----------------------------------------------------------|----------------------------|------|
| ПОДПИСЬ (ПАЦИЕНТА ИЛИ ЕГО УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ) | ИМЯ И ФАМИЛИЯ (РАЗБОРЧИВО) | ДАТА |
|----------------------------------------------------------|----------------------------|------|

## ИЛИ

### На месте вакцинации:

Устное согласие дано кем \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ кому \_\_\_\_\_ когда \_\_\_\_\_

ЕСЛИ ПОДПИСАНО НЕ ПАЦИЕНТОМ, УКАЖИТЕ, КЕМ ВЫ ЕМУ ПРИХОДИТЕСЬ:

- |                                                       |                                                                                     |                                                            |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Опекун, назначенный судом | <input type="checkbox"/> 2. Долгосрочн. дов-ть в отн. мед. обслуживания             | <input type="checkbox"/> 3. Супруг(а) или гражд. муж/жена  |
| <input type="checkbox"/> 4. Взросл. ребенок (дети)    | <input type="checkbox"/> 5. Родитель(и)                                             | <input type="checkbox"/> 6. Взросл. брат(ья) или сестра(ы) |
| <input type="checkbox"/> 7. Взросл. внук(и)           | <input type="checkbox"/> 8. Взросл. племянник(и) или племянница(ы)                  |                                                            |
| <input type="checkbox"/> 9. Тетя(и)/дядя(и)           | <input type="checkbox"/> 10. Взросл. друг с оформленной Декларацией по RCW 7.70.065 |                                                            |

ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПАЦИЕНТОВ:

- |                                                                                                                |                                                                                    |                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Опекун/законный попечитель                                                         | <input type="checkbox"/> 2. Уполномоченный судом опекун ребенка, изъятого из семьи | <input type="checkbox"/> 3. Родитель(и) |
| <input type="checkbox"/> 4. Держатель подписанного разрешения от родителя(ей)                                  |                                                                                    |                                         |
| <input type="checkbox"/> 5. Взрослый, назвавшийся родственником, ответственным за здоровье несовершеннолетнего |                                                                                    |                                         |

Имя и фамилия уполномоченного взрослого      Телефон/устройство      Имя и фамилия сотрудника      Дата

**Согласие несовершеннолетнего:** Я являюсь дееспособным несовершеннолетним, состоящим в браке с совершеннолетним или признанным дееспособным взрослым. Я прошу поставить мне вакцину. Я понимаю, что мне необходимо будет оставаться в месте вакцинации в течение 15–30 минут после получения вакцины для наблюдения за возможными реакциями и побочными эффектами, которые могут случиться вскоре после получения вакцины, и получения медицинской помощи, если это будет необходимо.

|                                                                                                                    |                             |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------|
| Подпись дееспособного/состоящего в браке с совершеннолетним/признанного дееспособным взрослым несовершеннолетнего: | Имя и фамилия (разборчиво): | Дата: |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------|

МЕСТО ДЛЯ НАКЛЕЙКИ С  
ИНФОРМАЦИЕЙ ПАЦИЕНТА

## UW Medicine

Harborview Medical Center - University of Washington Medical Center UW  
Neighborhood Clinics - Valley Medical Center  
University of Washington Physicians      Сиэтл, Вашингтон

## СОГЛАСИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ВАКЦИНЫ ПРОТИВ COVID-19 ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Стр. 1 из 1



\*U4111\*

UH4111 REV MAY 21

# UW Medicine

## Регистрация пациента на вакцинацию против COVID-19 в клинике DOWNTIME

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Индекс: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Эл. почта: \_\_\_\_\_

### Этническая группа:

- Испаноязычн. или латиноамер. (вкл. испанцев, мексиканцев, пуэрториканцев, кубинцев и пр.)
- Не испаноязычн.
- Не желаю указывать

### Пол:

- Муж.     Жен.     Иной: \_\_\_\_\_
- Не желаю указывать

### Раса (отметьте все, что подходит):

- Испаноязычн.     Чернокож. или афроамер.
- Азиат.     Белой расы
- Амер. индеец или корен. насел. Аляски
- Корен. насел. Гавайев или о-вов Тихого океана
- Не желаю указывать

Дата рождения: (ММ/ДД/ГГГГ) \_\_\_\_\_

### Подтверждение:

- Я отвечаю критериям Департамента здравоохранения для получения вакцины против COVID-19.

МЕСТО ДЛЯ НАКЛЕЙКИ С  
ИНФОРМАЦИЕЙ ПАЦИЕНТА

### UW Medicine

Harborview Medical Center - University of Washington Medical Center UW  
Neighborhood Clinics - Valley Medical Center  
University of Washington Physicians      Сиэтл, Вашингтон

### РЕГИСТРАЦИЯ ПАЦИЕНТА НА ВАКЦИНАЦИЮ ПРОТИВ COVID-19 В КЛИНИКЕ DOWNTIME

Стр. 1 из 1



\*D1856\*

D1856 Ver. 4, REV MAR 8, 2021

### Опросник перед получением вакцины против COVID-19

Полное имя (имя и фамилия) \_\_\_\_\_

Дата рождения: /\_\_\_/\_\_\_

#### Контрольные вопросы перед вакцинацией:

|                                                                                                                                                                                                                           |    |     |         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|---------|
| 1. Вы чувствуете недомогание сегодня?                                                                                                                                                                                     | Да | Нет | Не знаю |
| 2. Получали ли вы когда-нибудь дозу вакцины против COVID-19?                                                                                                                                                              | Да | Нет | Не знаю |
| Если да, то какую вакцину?<br><input type="checkbox"/> Pfizer<br><input type="checkbox"/> Moderna<br><input type="checkbox"/> Janssen<br><input type="checkbox"/> Другая вакцина                                          |    |     |         |
| 3. Бывали ли у вас когда-либо серьезные аллергические реакции (например, анафилаксия) на что-либо? Например, реакция, из-за которой вам ввели адреналин/ЕpiPen® или по поводу которой вам пришлось обратиться в больницу? | Да | Нет | Не знаю |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Бывали ли у вас серьезная аллергическая реакция после вакцинации от COVID-19?</li> </ul>                                                                                         | Да | Нет | Не знаю |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Бывали ли у вас серьезные аллергические реакции после получения других вакцин или инъекций лекарств?</li> </ul>                                                                  | Да | Нет | Не знаю |
| 4. Проходили ли вы лечение пассивными антителами (моноклональными антителами или сывороткой от выздоровевших) для лечения COVID-19?                                                                                       | Да | Нет | Не знаю |
| 5. Получали ли вы какие-нибудь другие прививки в последние 2 недели?                                                                                                                                                      | Да | Нет | Не знаю |
| 6. У вас ослабленная иммунная система, например из-за ВИЧ-инфекции или рака, или вы принимаете иммунодепрессанты или проходите терапию, подавляющую иммунитет?                                                            | Да | Нет | Не знаю |
| 7. У вас есть нарушение свертываемости крови, или вы принимаете антикоагулянты?                                                                                                                                           | Да | Нет | Не знаю |
| 8. Вы беременны или кормите грудью?                                                                                                                                                                                       | Да | Нет | Не знаю |