

नाबालिगलाई आपतकालीन प्रयोग अन्तर्गत कोभिड-19 खोप लगाउनको लागि अनुमति पत्र (कृपया प्रष्ट प्रिन्ट गर्नुहोस्)

नाबालिगको पूर्ण कानूनी नाम: _____

आमा बुबा / कानूनी अभिभावकको सम्पर्क जानकारी: _____

नाबालिगको जन्म मिति _____ / _____ / _____
महिना मिति वर्ष

फोन नम्बर (_____-_____-_____) _____

नाबालिगको जति (एउटामा चिनो लगाउनुहोस्):

नाबालिगको जातीयता (एउटामा चिनो लगाउनुहोस्):

इमेल ठेगाना: _____

- सेतो
- काला वा अफ्रिकन अमेरिकन
- एसियाली
- अमेरिकी भारतीय वा अलास्का मूल निवासी
- हवाई मूल निवासी वा अन्य प्रशान्त टापु निवासी

- हिस्प्यानिक वा ल्याटिनो/a
- गैर हिस्पैनिक वा ल्याटिनो

ठेगाना: _____

स्ट्रिट ठेगाना

शहर, राज्य, जिप कोड

नाबालिगको लिङ्ग (एउटामा चिनो लगाउनुहोस्): पुरुष महिला

लक्षित जनसंख्या वा व्यवसाय खोपको स्थान: _____

खोप स्थान: _____

1. के नाबालिगलाई हाल कुनै सक्रिय सरुवा वा तीव्र श्वास रोग लागेको छ, वा	<input type="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> होइन
2. ईयूए तथ्यपत्रमा सूचीबद्ध गरिएको वा तपाईंलाई प्रदान गरिएको अन्य खोप सम्बन्धि कागजमा?	<input type="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> होइन
3. के नाबालिगले अर्को कुनै कोभिड-19 खोप प्राप्त गरेको छ?	<input type="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> होइन
4. के नाबालिगलाई यस खोपको अधिल्लो खुराक पछि कहिल्यै कुनै गम्भीर एलर्जी प्रतिक्रिया भएको छ?	<input type="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> होइन
5. के नाबालिगले विगत १४ दिनमा कुनै पनि अन्य खोप प्राप्त गरेको छ?	<input type="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> होइन
6. के नाबालिग गर्भवती छ वा स्तनपान गराउँदै छ?	<input type="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> होइन
7. के नाबालिगको प्रतिरोधक क्षमता अक्षम छ वा तिनीहरू प्रतिरोधक क्षमतामा असर पार्ने औषधी सेवन गर्दैछन् (उदाहरण: कोर्टिसोन, प्रेडनिसोन, क्यान्सर रोकथाम औषधि, रुमेटोइड गठियावातको औषधि, क्रोनको रोग वा सोरायसिस, एचआईभी / एड्स, ल्यूकेमिया, एन्कीलुजिग स्पोन्डिलाइटिस, वा	<input type="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> होइन
8. के नाबालिगलाई रक्तस्राव विकार छ वा तिनीहरू रगत पातलो गर्ने औषधि लिन्छन्?	<input type="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> होइन
9. के नाबालिगलाई कुनै एलर्जी छ?	<input type="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> होइन

म यो बुझ्दछु कि माथिको नाबालिगले प्राप्त गरिरहेको कोभिड-19 खोप अमेरिकी खाद्य तथा औषधि प्रशासनको आपतकाल प्रयोग आज्ञा (ईयूए) अन्तर्गत माथिको नाबालिगलाई प्रदान गरिएको छ। मैले यो खोप प्राप्तकर्ता को लागि ईयूए तथ्यपत्र (र / वा मलाई प्रदान गरिएको अन्य खोप सम्बन्धी कागजरू) प्राप्त गरे र पढे, र यसमा यो खोप प्राप्त गर्दा हुने जोखिम र फाइदाहरूको पूर्ण जानकारी दिइएको छ। म सहमत छु कि सिन्सिनाटी स्वास्थ्य विभाग (सीएचडी) ले मलाई वा माथिको नाबालिगलाई यस खोपको परिणाम(हरू) को बारेमा कुनै प्रत्याभूति दिएको छैन, र म बुझ्दछु कि माथिको नाबालिगले यो खोप प्राप्त गरेपछि साइड इफेक्ट(हरू) अनुभव गर्न सक्छ। माथिको नाबालिगले खोप प्राप्त गरेपछि उक्त नाबालिगलाई खोप प्रदान गरिने स्थानमा कम्तिमा 15 मिनेट पर्खन हामी सिफारिस गर्छौं। यदि माथिको नाबालिगले खोप प्राप्त गरेपछि 15 मिनेट भन्दा अघि नै खोप प्राप्त गर्ने स्थान छोड्छ भने म माथिको नाबालिगलाई सिफारिस गरिएको समय नपर्खेको कारण हुने कुनै पनि जोखिमको जिम्मेवारी लिन्छु। म यो पनि बुझ्दछु कि यदि यो खोपलाई खोप निर्माता अनुसार 2-खुराक श्रृंखलाको रूपमा लगाउन आवश्यक छ भने दिइएको निर्देश अनुसार म तुरुन्तै माथिको नाबालिगलाई दोस्रो-खुराकको नियुक्ति प्राप्त गर्नको लागि सहमत छु।

म सहमत छु कि माथिको नाबालिगलाई यो ईयूए कोभिड-19 खोप प्राप्त गराउनु मेरो व्यक्तिगत निर्णय हो, र माथिको नाबालिगलाई खोप लगाउन म सिएचडीलाई अनुमति प्रदान गर्छु। तल सहि गरेर म फेरि पुष्टि गर्दछु की: माथिको नाबालिग 12 वर्ष वा सो भन्दा बढी उमेरको हो, मैले यो सहमति पत्र पढेको छु वा प्रभावकारी रूपमा मलाई यसको जानकारी दिइएको छ; मलाई यसको बारेमा वा सिएचडीले मलाई प्रदान गरेको खोप कागज(हरू) को बारेमा सबै प्रश्नको जबाफ मेरो सन्तुष्टि अनुसार प्रदान गरिएको छ; मैले यस सहमति पत्रको सबै शर्तका बुझ्दछु र स्वीकार गर्दछु; म माथिको नाबालिगको बुवाआमा वा कानूनी अभिभावक हुँ र मैले यो सहमति पत्र मेरो स्वेच्छाले सहि गरेको छु।

बिरामी वा बुवा आमा / कानूनी अभिभावकको सहि: _____ मिति: _____

बिरामी वा बुवा आमा / कानूनी अभिभावकको मुद्रित नाम: _____