

ਫਾਈਜ਼ਰ-ਬਾਇਓਐਨਟੈੱਕ ਕੋਵਿਡ-19 ਵੈਕਸੀਨ ਸਹਿਮਤੀ

18 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਵਾਸਤੇ

ਸੈਕਸ਼ਨ 1) ਫਾਈਜ਼ਰ-ਬਾਇਓਐਨਟੈੱਕ ਕੋਵਿਡ-19 ਵੈਕਸੀਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਬੱਚੇ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ

(ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ):

ਬੱਚੇ ਦਾ ਨਾਮ (ਆਖਰੀ, ਪਹਿਲਾ, ਮੱਧ)	ਜਨਮ ਮਿਤੀ (mm/dd/yyyy)	ਉਮਰ
ਸਟਰੀਟ ਐਡਰੈੱਸ ਸਿਟੀ	ਸਟੇਟ ਜ਼ਿਪ	

ਫੋਨ ਨੰਬਰ

ਸੈਕਸ਼ਨ 2) ਫਾਈਜ਼ਰ-ਬਾਇਓਐਨਟੈੱਕ ਕੋਵਿਡ-19 ਵੈਕਸੀਨ (ਫਾਈਜ਼ਰ ਵੈਕਸੀਨ) ਦੇ ਜੋਖਮਾਂ ਅਤੇ ਫਾਇਦਿਆਂ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ। ਵਰਤਮਾਨ ਵਿੱਚ ਸੰਯੁਕਤ ਰਾਜ ਦੇ ਫੂਡ ਐਂਡ ਡਰੱਗ ਐਡਮਿਨਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ (ਐਫ ਡੀ ਏ) ਨੇ 12 ਸਾਲ ਜਾਂ ਇਸਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦੇ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਵਿੱਚ ਕੋਵਿਡ -19 ਨੂੰ ਰੋਕਣ ਲਈ ਫਾਈਜ਼ਰ ਟੀਕੇ ਦੀ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਰਤੋਂ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੱਤਾ ਹੈ। ਐਫ.ਡੀ.ਏ. ਨੇ ਹਾਲੇ ਤੱਕ ਕੋਵਿਡ -19 ਨੂੰ ਰੋਕਣ ਲਈ ਟੀਕੇ ਦੇ ਲਾਇਸੈਂਸ ਨੂੰ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤੀ ਹੈ। ਫਾਈਜ਼ਰ ਟੀਕੇ ਦੇ ਜੋਖਮਾਂ, ਲਾਭਾਂ ਅਤੇ ਅਣਚਾਹੇ ਪ੍ਰਭਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਨ ਲਈ, ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲਿਆਂ ਲਈ ਸੰਯੁਕਤ ਰਾਜ ਦੀ ਫੂਡ ਐਂਡ ਡਰੱਗ ਐਡਮਿਨਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਦੀ [ਤੱਥ ਸ਼ੀਟ](#) ਪੜ੍ਹੋ.

ਭਾਗ 3: ਸਹਿਮਤੀ.

ਮੈਂ ਉਪਰੋਕਤ ਭਾਗ 2 ਵਿੱਚ ਫਾਈਜ਼ਰ ਟੀਕੇ ਦੇ ਜੋਖਮਾਂ ਅਤੇ ਫਾਇਦਿਆਂ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕੀਤੀ ਹੈ ਅਤੇ ਜੋਖਮਾਂ ਅਤੇ ਲਾਭਾਂ ਨੂੰ ਸਮਝਿਆ ਹੈ. ਮੈਂ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ ਕਿ:

- ਮੈਂ ਇਸ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕੀਤੀ ਅਤੇ ਫਾਈਜ਼ਰ ਟੀਕੇ ਦੇ ਸੰਭਾਵਿਤ ਜੋਖਮਾਂ ਅਤੇ ਲਾਭਾਂ ਬਾਰੇ "ਪ੍ਰਾਪਤਕਰਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲਿਆਂ ਲਈ ਤੱਥ ਸ਼ੀਟ" ਪੜ੍ਹ ਅਤੇ ਸਮਝ ਲਈ ਹੈ.
- ਮੇਰੇ ਕੋਲ ਉਪਰੋਕਤ ਨਾਮ ਦੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਫਾਈਜ਼ਰ ਟੀਕਾ ਲਗਾਏ ਜਾਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦੇਣ ਦਾ ਕਾਨੂੰਨੀ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ।
- ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਨੂੰ ਉੱਪਰ ਨਾਮਜ਼ਦ ਬੱਚੇ ਦੇ ਨਾਲ ਟੀਕਾਕਰਨ ਦੀ ਮੁਲਾਕਾਤ ਲਈ ਜਾਣ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ ਅਤੇ ਹੇਠਾਂ ਆਪਣੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦੇ ਕੇ, ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਫਾਈਜ਼ਰ ਵੈਕਸੀਨ ਮਿਲੇ ਸਕੇਗੀ, ਚਾਹੇ ਮੈਂ ਟੀਕਾਕਰਨ ਦੀ ਮੁਲਾਕਾਤ ਮੌਕੇ ਮੌਜੂਦ ਹਾਂ ਜਾਂ ਨਹੀਂ।

ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਰਾਜ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨ (ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਆ ਕੋਡ, § 120440) ਦੁਆਰਾ ਲੋੜੀਂਦਾ ਹੈ, ਸਾਰੇ ਟੀਕਾਕਰਨਾਂ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਟੀਕਾਕਰਨ ਰਜਿਸਟਰੀ (ਸੀਏਆਈਆਰ2) ਨੂੰ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਬੱਚੇ ਦੇ ਸੀਏਆਈਆਰ2 ਰਿਕਾਰਡ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਥਾਨਕ ਸਿਹਤ ਵਿਭਾਗ ਅਤੇ ਜਨਤਕ ਸਿਹਤ ਵਿਭਾਗ ਨਾਲ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ, ਇਸਨੂੰ ਗੁਪਤ ਡਾਕਟਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਜੋਂ ਮੰਨਿਆ ਜਾਵੇਗਾ, ਅਤੇ ਇਸਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕੇਵਲ ਇੱਕ ਦੂਜੇ ਨਾਲ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਲਈ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨ ਦੁਆਰਾ ਮਨਜ਼ੂਰ ਕੀਤੇ ਅਨੁਸਾਰ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ। ਮੈਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਅੱਗੇ ਸੋਧ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇਣ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹਾਂ ਅਤੇ CAIR2 ਵੈੱਬ ਫਾਰਮ [Request to Lock My CAIR Record](#) ਤੇ ਜਾ ਕੇ ਰਿਕਾਰਡ ਨੂੰ ਲੋਕ ਕਰਨ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹਾਂ।

ਮੈਂ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਸਿਖਰ 'ਤੇ ਨਾਮਜ਼ਦ ਬੱਚੇ ਲਈ ਫਾਈਜ਼ਰ-ਬਾਇਓਨਟੈਕ ਕੋਵਿਡ -19 ਟੀਕਾ ਲਗਵਾਉਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ ਅਤੇ ਮੈਂ ਇਸ ਫਾਰਮ ਵਿਚ ਸ਼ਾਮਲ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕੀਤੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਨਾਲ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ।

ਨਾਮ (ਆਖਰੀ, ਪਹਿਲਾ, ਮੱਧ)

ਦਸਤਖਤ

ਤਾਰੀਖ

ਪਤਾ ਜੋ ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੇ ਤੋਂ ਵੱਖਰਾ ਹੋਵੇ

ਫੋਨ ਨੰਬਰ ਜੋ ਉਪਰੋਕਤ ਤੋਂ ਵੱਖਰਾ ਹੈ