



ENGLEWOOD HEALTH

화이자-바이온텍 COVID-19 백신 접종 미성년자동의서

아동 이름: _____
성 이름 중간 이름

생년월일 (mm/dd/yyyy): _____

주소: _____
번지수

_____ 도시 주 우편번호

전화번호(부모/법적 보호자): _____
자택 휴대폰

화이자-바이온텍 COVID-19 백신의 위험 및 이점에 대한 정보

COMIRNATY (COVID-19 백신, mRNA)와 화이자-바이온텍 COVID-19 백신은 12세 이상의 사람들을 접종하도록 미식품의약국으로부터 긴급사용승인을 받았습니다. 화이자-바이온텍 COVID-19 백신은 5세에서 11세 아동들에게 총 2회 접종을 하도록 미식품의약국으로부터 긴급사용승인을 받았습니다. 이 백신은 3주 간격으로 총 2회 근육에 투여됩니다.

화이자-바이온텍 COVID-19 백신이 모든 사람을 보호하지는 못할 수도 있습니다. 화이자-바이온텍 COVID-19 백신에 대해 보고된 부작용으로는 주사 부위 통증, 피로, 두통, 근육통, 오한, 관절통, 발열, 주사 부위 부종, 주사 부위 발적, 메스꺼움, 몸의 불편함 및 림프절 부종 등이 있습니다. 드물기는 하지만 화이자-바이온텍 COVID-19 백신이 중증 알레르기 반응을 유발할 수도 있습니다. 중증 알레르기 반응은 보통 화이자 바이온텍 COVID-19 백신 접종 후 몇 분에서 한 시간 이내에 발생합니다. 이러한 이유로 백신 접종 제공처에서는 접종 후 모니터링을 위해 접종을 받은 사람에게 백신 접종을 받은 장소에 머무를 것을 요청할 수 있습니다. 중증 알레르기 반응의 징후로는 호흡 곤란, 얼굴과 목의 부종, 빠른 심장 박동 및/또는 심한 전신 발진이 포함될 수 있습니다.

화이자-바이온텍 COVID-19 백신 “접종자 및 보호자를 위한 팩트시트”는 www.engagewoodhealth.org/vaccine 및 www.fda.gov/media/144414/download 에서 확인할 수 있습니다.

미성년자 백신 접종 동의서

본인은 상기에 제공된 화이자-바이온텍 COVID-19 백신의 위험과 이점에 대한 정보를 검토하고 이해했습니다. 본인은 다음에 동의합니다:

1. 본인은 본 동의서를 검토하였습니다.
2. 본인은 상기 명시된 아동이 화이자-바이온텍 COVID-19 백신 접종을 받는 데 동의할 수 있는 법적 권한이 있습니다.
3. 본인은 화이자-바이온텍 COVID-19 백신 접종과 관련된 잠재적인 부작용이나 합병증을 모두 예측할 수는 없다는 것을 이해합니다. 본인은 화이자-바이온텍 COVID-19 백신과 관련된 위험과 이점을 이해하고 화이자-바이온텍 COVID-19 백신의 잠재적 위험과 이점에 대한 자세한 추가 정보가 포함된 “백신 접종자 및 보호자를 위한 팩트시트”를 받아 읽고/읽거나 해당 내용에 대해 설명을 들었습니다. 본인은 또한 질문을 할 기회가 있었으며 해당 질문에 대해 만족할 만한 답변을 들었음을 인정합니다.
4. 본인은 예방 접종 예약 장소에 상기 명시된 아동과 반드시 동행할 필요는 없으며 아래에 동의함으로써 해당 아동이 본인의 출석 여부와 상관없이 화이자-바이온텍 COVID-19 백신을 접종 받을 것임을 이해합니다.
5. 본인은 상기 명시된 아동에 적용되는 건강 보험이 있는 경우, 보험사에 화이자-바이온텍 COVID-19 백신 접종 비용을 청구하도록 허가합니다. 정부가 화이자-바이온텍 COVID-19 백신 접종 비용을 부담하기 때문에, 예방 접종 비용 중 해당 부분에 대해서는 본인에게 청구되지 않을 것입니다.
6. 본인은 주 법에 따라 모든 예방 접종 시 뉴저지 보건부 예방 접종 정보 시스템(NJIS, New Jersey Department of Health’s Immunization Information System)에 보고된다는 것을 이해합니다. 본인은 본인 또는 가족에 대한 정보를 NJIS와 공유하기를 원치 않는 경우, 다음 사이트에서 거부 의사를 밝힐 수 있습니다:
<https://www.state.nj.us/health/forms/imm-47.pdf>
7. 환자를 대신해서 환자의 상속인이자 개인 대리인으로서 본인은 상기 명시된 백신 접종으로 인해 또는 해당 접종과 어떤 식으로든 관련하여 알려졌거나 알려지지 않은 책임 또는 청구 일체에 대해 해당 제공처와 그 직원, 대리기관, 후임자, 부서, 계열사, 자회사, 임원, 이사, 계약업체 및 피고용인의 책임을 면제합니다.

본인은 Englewood Health와 면허를 소지한 전문 의료진이 본 양식 상단에 명시된 아동에게 화이자-바이온텍 COVID-19 백신을 접종하는 데 동의합니다. 본인은 상기 정보를 검토하였고 그에 동의합니다. 본 동의서는 백신 2회분 접종 모두에 적용됩니다.

부모 및 법적 대리인의 성명

부모
 법적 대리인

서명

날짜