

**COVID-19 Vaccination
 Consent for Individuals Under 18 Years of Age**
Information about the person who will receive the COVID-19 Vaccine:
Name: _____
First Name
MI
Last Name
Date of Birth: _____
mm/dd/yyyy
Address: _____
Street Address

City
State
Zip Code
By signing this form, I acknowledge that:

- I have read the [Fact Sheet for Recipients and Caregivers Emergency Use Authorization \(EUA\) of the Pfizer-Biontech COVID-19 Vaccine to Prevent COVID-19 in Individuals 12 Years of Age and Older](#).
- I have been made aware of the [California Immunization Registry \(CAIR\) Notice to Patients and Parents](#) and I understand that my or my child’s immunization data will be entered in the CAIR system, and that I have the right to opt out of having my or my child’s information shared with other organizations.
- I give the City of Long Beach and participating vaccination partners permission to contact me regarding important vaccine reminders and access to an electronic vaccination record.
- If I have health insurance that covers me or my child, I give permission for my insurance company to be billed for the costs of administering the vaccine. The government is paying for the vaccine itself, and I will not be billed for that portion of the cost of my immunization.
- I hereby authorize that this vaccine be given to me or to the person named above for whom I am authorized to consent.

| | |
|---|-----------------------|
| Signature of legally authorized representative or independent minor | Date |
| Name | Relationship to child |
| Phone Number (cell phone preferred) | |

I am an emancipated or self-sufficient minor, or married or previously married.
 (If you check this box you will be asked to attest to this at your vaccine appointment)

Vacunación contra el COVID-19

Planilla de consentimiento para menores de 18 años

Información sobre la persona que recibirá la vacuna contra el COVID-19:

Nombre: _____
Primer nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Fecha de nacimiento: _____
mm/dd/yyyy

Dirección: _____
Dirección de calle

_____ _____ _____
Ciudad Estado Código postal

Al firmar este documento, reconozco que:

- He leído [la hoja informativa para receptores y proveedores de cuidado, autorización de uso de emergencia \(EUA\) de la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-Biontech para prevenir la enfermedad del COVID-19 en personas de 12 años de edad y mayores.](#)
- Se me ha informado sobre [el registro de inmunizaciones de California \(California Immunization Registry, CAIR\) para pacientes y padres](#) y entiendo que mis datos de vacunación o los de mi hijo se ingresarán en el sistema CAIR, y que tengo derecho a optar por que mi información (y la de mi hijo) no sea compartida con otras organizaciones.
- Doy permiso al Condado de Los Ángeles y a los socios de vacunación participantes para que se comuniquen conmigo con respecto a recordatorios importantes de vacunas y acceso a un registro de vacunación electrónico.
- Si tengo un seguro médico que me cubra a mí o a mi hijo, doy permiso para que se facture a mi compañía de seguros por los costos de administración de la vacuna. El gobierno abona la vacuna en sí y no se me cobrará esa parte del costo de mi vacuna.
- Por la presente autorizo que esta vacuna se me administre a mí o a la persona nombrada anteriormente para quien estoy autorizado a dar mi consentimiento.

Firma del representante legalmente autorizado o menor independiente

Fecha

Nombre

Relación con el menor

Número de teléfono (se prefiere el teléfono celular)

Soy un menor emancipado o autosuficiente o estoy (o estuve) casado.
(Si marca esta casilla, se le pedirá que lo atestigüe en su cita de vacunación)

**Pagbabakuna sa COVID-19
Pahintulot para sa mga Indibidwal na Wala pang 18 Taong Gulang**

Impormasyon tungkol sa tao na tatanggap ng Bakuna sa COVID-19:

Buong Pangalan: _____

Pangalan

Inisyal ng Gitnang Pangalan

Apelyido

Petsa ng Kapanganakan: _____

mm/dd/yyyy

Address: _____

Address ng kalye

Lungsod

Estado

Zip

Sa paglagda sa form na ito, aking kinikilala na:

- Aking nabasa ang [Fact Sheet para sa mga Tatanggap at Tagapag-alaga Awtorisasyon sa Emerhensyang Paggamit \(Emergency Use Authorization o EUA\) ng Bakuna sa COVID-19 ng Pfizer-Biontech upang Pigilan ang COVID-19 sa mga Indibidwal na 12 na Taong Gulang at Higit pa.](#)
- Binigyan ako ng kamalayan tungkol sa [Abiso ng California Immunization Registry \(CAIR\) sa mga Pasyente at Magulang](#) at aking naiintindihan na mayroon akong karapatan na tanggihan ang pagbabahagi sa iba pang mga organisasyon ng impormasyon ko o ng aking anak.
- Aking binibigyan ang County ng Los Angeles at mga kalahok na partner sa pagbabakuna ng permiso na kontakin ako tungkol sa mga mahahalagang paalala sa bakuna at akses sa isang elektronikong rekord ng pagbabakuna.
- Kung mayroon akong health insurance na sumasaklaw sa akin o sa aking anak, nagbibigay ako ng permiso na singilin ang aking kumpanya ng insurance para sa mga gastusin sa pagbibigay ng bakuna. Ang gobyerno ay magbabayad para sa mismong bakuna, at hindi ito sisingilin para sa bahaging iyon ng gastusin sa aking pagbabakuna.
- Aking pinahihintulutan na ang bakunang ito ay maibigay sa akin o sa taong pinangalanan sa itaas kung saan ako ay pumayag na magbigay ng pahintulot.

Lagda ng legal na awtorisadong kinatawan o independiyenteng menor de edad

Petsa

Pangalan

Relasyon sa bata

Numero ng telepono (mas mainam ang cell phone)

**Ako ay isang malaya o nagsasariling menor de edad, o kasal o dating kasal.
(Kung iyong itsetsek ang kahong ito, hihilingin sa iyong patunayan ito sa iyong appointment sa bakuna)**

**ការចាក់វ៉ាក់សាំងបង្ការ រជាំង COVID-19
ការព្រមព្រៀងសញ្ញាបុគ្គលអាយុពេញ 18 ឆ្នាំ**

ព័ត៌មានអំពីបុគ្គលដែលនឹងទទួលវ៉ាក់សាំងបង្ការជំងឺ COVID-19:

ឈ្មោះ: _____
នាមខ្លួន
នាមកណ្តាល
នាមត្រកូល

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: _____
ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ (mm/dd/yyyy)

អាសយដ្ឋាន: _____
អាសយដ្ឋានផ្លូវ

_____ ទីក្រុង _____ រដ្ឋ _____ Zip

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់ពាក្យនេះ ខ្ញុំទទួលស្គាល់ថា:

- ខ្ញុំទាន [សន្លឹកកូរពិតសម្រាប់អ្នកទទួល និងអ្នកផ្តល់ការថែទាំ](#) ក្នុងអនាគតប្រើសេវា ឬការអនុវត្ត (EUA) នៃ វ៉ាក់សាំងបង្ការជំងឺ COVID-19 របស់កុម្មុយនីត Pfizer-BioNTech ដើម្បីទប់ស្កាត់ជំងឺ COVID-19 លើប្រជាជនដែលមានអាយុចាប់ពី 12 ឆ្នាំ ដូចខាងលើ។
- ខ្ញុំទទួលព័ត៌មានពី [សេចក្តីជូនដំណឹងពីការិយាល័យចម្លោះចាក់ប្រដាប់វ៉ាក់សាំង California \(CAIR\) ដល់អ្នកផ្តល់ និងម្ចាស់ប្រតិបត្តិការ](#) យល់ ទិន្នន័យចាក់ប្រដាប់វ៉ាក់សាំង របស់ខ្ញុំ ប្រសិនបើខ្ញុំ នឹងក្រសួង ឬទៅក្នុងប្រព័ន្ធការពារជំងឺ CAIR និងយល់ទៀតថា ខ្ញុំមានសិទ្ធិស្រេចចិត្តចែករំលែកព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំ ប្រសិនបើខ្ញុំស្ម័គ្រចិត្តផ្តល់សេចក្តីជូនដំណឹង។
- ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យខោនធី Long Beach និងច្បាប់ក្រុង កំសាន្តដែលទទួលបានការអនុញ្ញាត ទាក់ទងនឹងការចាក់វ៉ាក់សាំង កំសាន្តស្ម័គ្រចិត្ត និងចូលរួមក្នុងការចាក់វ៉ាក់សាំង អំពី ច្បាប់នីតិវិធី។
- បើសិនជាខ្ញុំមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលធានារ៉ាប់រងចំពោះខ្ញុំ ឬកូនរបស់ខ្ញុំ ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យគិតថ្លៃពីក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំសម្រាប់ការចំណាយ នៃការចាក់វ៉ាក់សាំង។ រដ្ឋាភិបាលកំពុងរ៉ាប់រងលើវ៉ាក់សាំងនេះដោយខ្លួនឯង ហើយខ្ញុំនឹង មិនត្រូវបានគិតថ្លៃសម្រាប់ចំណែកនៃការចំណាយក្នុងការចាក់វ៉ាក់សាំងរបស់ខ្ញុំឡើយ។
- ខ្ញុំសូមអនុញ្ញាតឱ្យផ្តល់វ៉ាក់សាំងដល់ខ្ញុំ ឬដល់បុគ្គលមានឈ្មោះខាងលើដែលខ្ញុំមានសិទ្ធិផ្តល់ការ អនុញ្ញាត។

ហត្ថលេខាអ្នកកំណត់ដែលបានអនុញ្ញាតស្របច្បាប់ ឬអនីតិជនឯករាជ្យ _____ កាលបរិច្ឆេទ

ឈ្មោះ: _____ ទំនាក់ទំនងជាមួយកុមារ

លេខទូរសព្ទ (លេខទូរសព្ទដែលត្រូវប្រើសម្រាប់ការប្រសើរ)

ខ្ញុំគឺជាអនីតិជនឯករាជ្យ ឬអាចបំពេញសេចក្តីត្រូវការដោយខ្លួនឯង ឬរៀបការរួច ឬធ្លាប់រៀបការពីមុន។
(បើសិនជាអ្នកគូសគ្រឹសប្រអប់នេះ អ្នកនឹងត្រូវបានស្នើឱ្យបញ្ជាក់ពីចំណុចនេះនៅការណែនាំជួប ដើម្បីចាក់វ៉ាក់សាំងរបស់អ្នក)