

# COVID-19疫苗接种家长同意书

未成年人的姓： \_\_\_\_\_ 未成年人的名字： \_\_\_\_\_

出生日期： \_\_\_\_\_ 联系电话： \_\_\_\_\_

母亲姓名： \_\_\_\_\_ 性别：  男  女  非二元性别  其他  
 变性人（男变女）  变性人（女变男）  未知

种族：  西班牙裔/拉丁裔  非西班牙裔/拉丁裔  未知

人种：  美洲印地安人或阿拉斯加原住民  亚洲人  黑人或美籍非裔  
 夏威夷土著或太平洋岛民  白人  其他

- 我已了解COVID-19疫苗相关紧急使用授权情况说明书（或已向我说明）
- 我了解COVID-19疫苗接种的益处和风险
- 我同意接种COVID-19疫苗
- 我充分理解本疫苗接种表上的信息，并确认本人提供的信息真实准确

未成年人签名： \_\_\_\_\_ 今日日期： \_\_\_\_\_

家长/监护人的印刷体姓名： \_\_\_\_\_

家长/监护人签名： \_\_\_\_\_

----- 用药记录（仅供接种员使用） -----

制造商：  Pfizer  Moderna  Janssen

剂量：  第一剂  第二剂

批号： \_\_\_\_\_

有效期限： \_\_\_\_\_

位置：  0.5 mL IM三角肌  0.3 mL IM三角肌  
 左三角肌  右三角肌

印刷体全名： \_\_\_\_\_

签名： \_\_\_\_\_