

**नाबालगिलाई आपतकालीन प्रयोग अन्तर्गत कोभिड-19 खोप लगाउनको**  
**लागि अनुमतिपत्र (कृपया प्रष्ट प्रन्ट गर्नुहोस्)**  
**तपाई आफ्नो बच्चालाई COVID-19 खोप लगाउने सहमति दिनुहुन्छ भने मात्र यो फाराम भरनुहोस् ।**

नाबालकको पूरा कानूनी नाम: \_\_\_\_\_

आमा बुबा / कानूनी अभिभावकको सम्पर्क जानकारी: \_\_\_\_\_

नाबालकको जन्म मिति: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 MM DD YYYY

फोन नम्बर: (\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_)

नाबालगिको जर्त  
 (एउटामा चर्नो लगाउनुहोस्):

- सेतो
- काला वा अफ्रिकन अमेरिकन
- एसियाली
- अमेरिकी इन्डियन वा अलास्का मूल नवासी
- हवाई मूल नवासी वा अन्य प्रशान्त टापु नवासी

नाबालगिको जातीयता  
 (एउटामा चर्नो लगाउनुहोस्):

- हसिप्यानिक वा ल्याटिनी
- गैर हसिप्यानिक वा गैर ल्याटिनी

इमेल ठेगाना: \_\_\_\_\_

ठेगाना: \_\_\_\_\_

स्ट्रिट ठेगाना: \_\_\_\_\_

शहर, राज्य, जपि कोड

नाबालगिको लडिंग (एउटामा चर्नो लगाउनुहोस्):  पुरुष  स्त्री

लक्ष्मि समुदाय वा पेसा: \_\_\_\_\_ खोप लगाउने स्थल: \_\_\_\_\_

- के नाबालकलाई हाल सक्रिय सङ्क्रामक वा तीव्र श्वासप्रश्वास सम्बन्धी बमिरी छ, वा ज्वरो आएको छ?  हो  होइन
- के नाबालकलाई कहलियैपनि आकस्मिक प्रयोगको अनुमति तथ्यपत्रमा तपाईंलाई दिएको अन्य कुनै खोप सम्बन्धी कागजातहरूमा उल्लिखित कुनैपनि खोपमा भएका पदार्थहरूसँग गम्भीर एलर्जी भएको थियो?  हो  होइन
- के नाबालकले अर्को COVID-19 खोप लगाएको छ?  हो  होइन
- के नाबालकलाई यो खोपको पछिल्लो डोज लगाएपछि कहलियैपनि गम्भीर एलर्जी भएको थियो?  हो  होइन
- के नाबालकले वगितको 14 दिनमा अन्य कुनैपनि खोपहरू लगाएको छ?  हो  होइन
- के नाबालक गर्भवती छ वा शशिलालाई स्तनपान गराउँदैछ?  हो  होइन
- के नाबालकको रोग प्रतरीधक क्षमतालाई न्यिन्त्रित गरिएको छ वा उनीहरूले आफ्नो प्रतरीधक प्रणालीमा असर गर्ने औषधि सेवन गर्दैछ? (उदाहरण: कोर्टिसोन, प्रेडनिसोन, क्यान्सर रोकथाम औषधि, रुमेटोइड गठियावातको औषधि, क्रोनको रोग वा सोरायसिस, एचआईभी / एड्स, ल्यूकेमिया, एन्कीलुजिग स्पोंडिलिटाइटिस, वा  हो  होइन
- के नाबालकलाई कुनै रक्तस्राव सम्बन्धी समस्या छ वा उनीहरूले रगत पातलो गर्ने औषधि लिइरहेका छन्?  हो  होइन
- के नाबालकलाई कुनैपनि एलर्जी छ?  हो  होइन

म यो बुझ्दछु कि माथिको नाबालगिले प्राप्त गरिएको कोभिड-19 खोप अमेरिकी खाद्य तथा औषधि प्रशासनको आपतकाल प्रयोग आज्ञा (ईयूप) अन्तर्गत माथिको नाबालगिलाई प्रदान गरिएको छ। मैले यो खोप प्राप्तकर्ता को लागि ईयूप तथ्यपत्र (र / वा मलाई प्रदान गरिएको अन्य खोप सम्बन्धी कागज) प्राप्त गरे र पढे, र यसमा यो खोप प्राप्त गर्दा हुने जोखिम र फाइदाहरूको पूर्ण जानकारी दिएको छ। ह्यामलिटन काउन्टी जन स्वास्थ्य (HCPH) ले मलाई वा उपरोक्त नाबालकलाई यो खोपका परिणाम(हरू) बारे कुनैपनि ग्यारेन्टि प्रदान गरेको छैन भनेर म सहमत छु, साथै उपरोक्त नाबालकलाई यो खोप लगाएपछि साइड इफेक्ट(हरू) पनि हुन सक्छ भनेर मैले बुझेको छु। म यो पनी बुझ्दछु कि यदि यो खोपलाई खोप नरिमाता अनुसार 2-खुराक शुरुखलाको रूपमा लगाउन आवश्यक छ भने दिएको निर्देश अनुसार म तुरुन्तै माथिको नाबालगिलाई दोस्रो-खुराकको नयुक्ति प्राप्त गर्नको लागि सहमत छु।

उपरोक्त नाबालकलाई यो आकस्मिक प्रयोगको अनुमति COVID-19 खोप लगाउने मेरो व्यक्तिगत निर्णय हो भनेर म सहमत छु, र म ह्यामलिटन काउन्टी जन स्वास्थ्यलाई उपरोक्त नाबालकलाई यो खोप लगाउने अनुमति प्रदान गर्छु। तल हस्ताक्षर गरेर, म नमिन कुराहरूको पनी पृष्ठ गर्छु: उपरोक्त अनुसारको नाबालक 12 वर्ष वा बढी उमेरको हो, मैले यो प्रमाणीकरण पढेको छु वा मलाई राम्ररी पढेर सुनाइएको छ; यसबारे वा ह्यामलिट काउन्टी पब्लिक हेल्थले मलाई दिएको खोप कागजात(हरू) बारे मेरो कुनैपनि प्रश्नहरूको जवाफ सन्तोषजनक ढङ्गमा पाएको छु; मैले यो प्रमाणीकरणको सम्पूर्ण सर्तहरू बुझेको छु र स्वीकार गरेको छु; म उपरोक्त अनुसारको नाबालकको आमाबुबा वा कानूनी अभिभावक हो र मैले यो प्रमाणीकरणमा स्वेच्छा पूर्वक हस्ताक्षर गरेको हो।

बरिमी वा आमाबुबा/कानूनी अभिभावकको हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_ मिति: \_\_\_\_\_

बरिमी वा आमाबुबा/कानूनी अभिभावकको नाम ठूलो अक्षरमा: \_\_\_\_\_