

Разрешение на прививку вакцины Novel H1N1

Только для разрешения вакцинации **самого себя** или **другого** (в присутствии взрослого, дающего разрешение)

Я получил(а), прочитал(а) и понимаю **Информационное извещение о вакцине Novel H1N1**.
У меня была возможность задать вопросы и обсудить их с работником здравоохранения.

Сведения о лице, получающем вакцину (пожалуйста, пишите печатными буквами)		
Имя:	_____	_____
	<i>Фамилия</i>	<i>Первое имя</i>
		<i>Второе имя</i>
Дата рождения	_____	Пол: _____
		<i>(М или Ж)</i>
		Раса: _____
SSN:	_____	
Адрес:	_____	_____
	<i>Улица</i>	<i>Город</i>
	_____	_____
	<i>Округ</i>	<i>Штат</i>
		<i>Почтовый индекс</i>
Телефон #:	_____	Моб. #: _____

Для разрешения вакцинации самого себя

Я, _____, (имя печатными буквами) даю разрешение на прививку вакцины Novel H1N1.

Имя печатными буквами

Подпись

Дата

ИЛИ

Для разрешения вакцинации другого, напр. несовершеннолетнего ребенка

Я, _____, (имя взрослого, дающего разрешение, печатными буквами) имею к вышеназванному лицу следующее отношение (отметьте родство с другим лицом или несовершеннолетним ребенком).

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Постановление суда | <input type="checkbox"/> Опекун | <input type="checkbox"/> Отец | <input type="checkbox"/> Мать |
| <input type="checkbox"/> Взрослая тетя | <input type="checkbox"/> Взрослый брат | <input type="checkbox"/> Взрослая сестра | <input type="checkbox"/> Взрослый дядя |
| <input type="checkbox"/> Дедушка | <input type="checkbox"/> Бабушка | <input type="checkbox"/> Мачеха | <input type="checkbox"/> Отчим |

Я обладаю юридическим правом на основании указанного выше родства разрешить вакцинацию вышеназванного лица.

Имя печатными буквами

Подпись

Дата

Заполняется работником

_____	_____	_____
Дата вакцинации	Тип вакцины	Номер партии
_____	_____	_____
Кем введена	Должность	