

Mẫu đồng ý tiêm phòng vắc xin H1N1

Sử dụng khi đồng ý tiêm phòng cho **bản thân** hoặc cho **người khác** (khi người đồng ý có mặt)

Tôi đã nhận, đọc và hiểu rõ **Bảng thông tin về vắc xin H1N1 (VIS)**.

Tôi đã có cơ hội đặt các câu hỏi và thảo luận về những lo ngại của mình với chuyên gia y tế.

Thông tin về người được tiêm vắc xin (Viết bằng chữ in)		
Tên:	_____	_____
	<i>Họ</i>	<i>Tên</i>
		<i>Đệm</i>
Ngày sinh:	_____	_____
	Giới tính	Chủng tộc
		<i>(M or F)</i>
Mã số ANXH:	_____	
Địa chỉ:	_____	_____
	<i>Đường phố</i>	<i>Thành phố</i>
	_____	_____
	<i>Hạt</i>	<i>Bang</i>
		<i>Zip</i>
Số điện thoại:	_____	ĐTDD: _____

Nếu đồng ý cho bản thân

Tôi, _____, (viết tên bằng chữ in), đồng ý tiêm phòng vắc xin H1N1.

Họ tên (viết chữ in)

Chữ ký

Ngày

HOẶC

Nếu đồng ý cho người khác, chẳng hạn, trẻ vị thành niên

Tôi, _____, (đề nghị viết tên của người lớn cho phép bằng chữ in), có quan hệ như sau với người có tên nêu trên (đề nghị đánh dấu vào loại quan hệ với người khác hoặc với trẻ vị thành niên).

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lệnh tòa án | <input type="checkbox"/> Người giám hộ pháp lý | <input type="checkbox"/> Bố | <input type="checkbox"/> Mẹ |
| <input type="checkbox"/> Di đã thành niên | <input type="checkbox"/> Anh đã thành niên | <input type="checkbox"/> Chị đã thành niên | <input type="checkbox"/> Bác đã thành niên |
| <input type="checkbox"/> Ông | <input type="checkbox"/> Bà | <input type="checkbox"/> Mẹ kế | <input type="checkbox"/> Bố dượng |

Tôi có thẩm quyền pháp lý, dựa trên mối quan hệ của tôi với người nêu trên, đồng ý việc tiêm phòng vắc xin này cho trẻ có tên như trên.

Họ tên (chữ in)

Chữ ký

Ngày

Dành cho văn phòng

_____	_____	_____
Ngày tiêm chủng	Loại Vắc xin	Số lô
_____	_____	_____
Người thực hiện	Chức vụ	