

# COVID-19 백신 접종 동의서

동의서 - COVID-19 백신

버전 3.0 - 2021년 3월 11일

성씨	이름	신분증(예: 건강 보험 번호)	
성별: <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 답변 거부 <input type="checkbox"/> 기타: _____		일차 의료 제공자(가정의나 전문 간호사)	
원주민인 경우, 원주민 신분을 표시해주십시오. <input type="checkbox"/> 퍼스트 네이션 <input type="checkbox"/> 메이티(메이티 단체나 정착지) <input type="checkbox"/> 이누이트/이누이트 <input type="checkbox"/> 그 외 원주민, 자세히 기재하십시오: _____ <input type="checkbox"/> 답변 거부 <input type="checkbox"/> 모름			
주택 전화	휴대 전화		
거리 주소	도시	주	우편 번호
생년월일(월, 일, 연도) _____ / _____ / _____	나이	이번이 백신 1차 접종인가요 아니면 2차 접종인가요? <input type="checkbox"/> 1차 <input type="checkbox"/> 2차 2차인 경우, 1차 접종일과 투여 백신 이름을 기재해주십시오. _____/_____/_____ (월, 일, 연도) 투여 백신 이름: _____	

## 백신 접종 동의

본인은 다음 문서를 포함하여 예방 접종 사전 패키지를 읽었으며(또는 읽어주는 것을 들었으며) 내용을 이해합니다: 'COVID-19 백신 접종 안내지'와 'Covid-19 백신 접종 예약에 관하여 알아야 할 사항'.

- 본인이 맞으려는 백신에 관하여 질문하고 만족스러운 답변을 받을 기회가 있었습니다.

본인은 모든 권장 투여량을 포함하여 이 백신 시리즈 접종을 받는 데 동의합니다.

- 본인은 언제든지 이 동의를 철회할 수 있음을 이해합니다.
- 본인은 한 개인의 대리 결정권자로서 동의를 철회할 경우 해당 개인이 거주하는 공동 생활 시설에 연락해야 함을 이해합니다.

**중요:** 마음이 바뀌어 더 이상 백신 접종에 동의하지 않으시면 **Covid-19** 백신을 맞으셔야 하는 예방 접종 클리닉에 연락해주시십시오. 그러면 다른 사람이 그 백신을 맞을 수 있습니다. 공동 생활 시설에 거주하는 개인의 대리 결정권자가 동의를 철회한 경우, 해당 공동 생활 시설은 반드시 지역 공중 보건소에 연락해야 합니다.

## 개인 건강 정보의 수집, 사용, 공개에 대한 인정

이 양식에 담긴 개인 건강 정보는 접종자에게 진료를 제공하고 예방 접종 기록을 작성하기 위한 목적으로, 그리고 온타리오주의 COVID-19 예방 접종 프로그램 관리에 필요하기 때문에 수집됩니다. 이 정보는 이런 목적과 법으로 승인되고 요구되는 기타 목적으로 사용되고 공개됩니다. 예를 들면

- **건강 보호 증진**법상 공개가 필요한 경우 온타리오 보건부 수석 의료관과 온타리오주 보건소에 공개됩니다. 그리고
- 접종자의 주 전자 의무 기록의 일부로 진료를 제공하는 의료 제공자에게 공개될 수 있습니다.

이 정보는 보건부의 관리와 통제 하에 건강 기록 시스템에 저장됩니다.

## 연구 조사에 관한 연락 동의

접종자는 COVID-19 백신 관련 연구 조사 참여에 관하여 연구원의 연락을 받는 데 동의하실 수 있습니다. 연락을 받는 데 동의하시면 접종자에게 어느 조사가 적절한지 결정하는 데 개인 건강 정보가 사용되며 접종자의 이름과 연락처가 연구원에게 공개됩니다. 연구 조사에 관한 연락을 받는 데 동의하신다고 해서 연구 자체의 참여에 동의하신 것은 아닙니다. 연구 참여는 자유 의사에 따르시면 됩니다. 연구 조사에 관한 연락 동의를 거부하셔도 COVID-19 백신 접종 자격에는 영향을 미치지 않습니다.

연구 조사에 관한 연락을 받고 싶지 않으시면 아래에 표시해주시십시오.

연구 조사에 관한 연락을 받는 데 동의하신 후 마음이 바뀌시면 언제든지 보건부([vaccine@ontario.ca](mailto:vaccine@ontario.ca))에 연락하여 동의를 철회하실 수 있습니다.

이는 Covid-19 백신 접종 자격에 영향을 주지 않습니다.

본인은 **COVID-19** 백신 관련 연구 조사에 관한 다음 연락을 받는 데 동의합니다.

이메일  문자/SMS  전화  우편

이메일을 선택하신 경우, 이메일 주소를 기재해주시시오. \_\_\_\_\_

본인은 **COVID-19** 관련 연구 조사에 관한 연락을 받는 데 동의하지 않습니다.

서명	정자 이름	서명일

본인이 아닌 다른 사람을 대신하여 서명하는 경우, 해당 사람과의 관계를 기재하십시오.

본인이 아닌 다른 사람을 대신하여 서명하는 경우, 본인이 부모/법적 보호자 또는 대리 결정권자임을 확인합니다.

### 특정 사안: 장기 요양원법, 2007 관련

백신 접종에 대한 거주자의 동의는 언제든지 철회되거나 취소될 수 있습니다.

### 해당법 제 83 조 관련 내용

다음 법적 보호에 유의하십시오.

장기 요양원의 모든 면허 소지자는 다음 이유로 예비 거주자의 입실이 거부되거나 거주자가 요양원에서 퇴원될 것이라는 말을 듣거나 믿지 않도록 해야합니다.

- (a) 서류에 서명이 안 됨
- (b) 동의가 무효화됨
- (c) 치료 또는 진료에 관한 동의 또는 지시가 주어졌거나 제공되지 않았거나 철회되거나 취소됨.

## 클리닉 기재란

작용제	COVID-19	제품명		제조번호		투여량:	
해부학적 부위	<input type="checkbox"/> 왼쪽 삼각근 <input type="checkbox"/> 오른쪽 삼각근			루트	근육 내(IM)	접종번호:	
접종 날짜	----- / ----- / ----- (월/일/연도)		접종 시간	----- : ----- am pm	AEFI? (접종 후 이상 반응)	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
투여자(이름, 직함)	장소			승인자			
접종 이유	<input type="checkbox"/> 의료 종사자 <input type="checkbox"/> LTC: 거주자 <input type="checkbox"/> LTC: 의료 종사자 <input type="checkbox"/> LTC: 그 외 비직원 <input type="checkbox"/> RH: 의료 종사자 <input type="checkbox"/> RH: 거주자 <input type="checkbox"/> RH: 필수 돌보미 <input type="checkbox"/> RH: 그 외 비직원 <input type="checkbox"/> 고령: 공동체 거주 <input type="checkbox"/> 만성 질환 성인 <input type="checkbox"/> 원주민 공동체 <input type="checkbox"/> 그 외 우선 집단 <input type="checkbox"/> 공동 생활 시설: 거주자 <input type="checkbox"/> 공동 생활 시설: 직원 <input type="checkbox"/> 공동 생활 시설: 필수 돌보미						
접종을 안 받은 이유	<input type="checkbox"/> 예방 접종이 금지됨 <input type="checkbox"/> 의료인은 접종을 추천하나 <u>환자가</u> 동의 안 함 <input type="checkbox"/> 의료인이 당분간 접종을 미루기로 결정 <input type="checkbox"/> 의료적으로 자격 없음 <input type="checkbox"/> 환자가 접종 시리즈에 대한 동의 철회						
2차 접종 예정일과 시간:	----- / ----- / ----- (월/일/연도) ----- : ----- am pm						