



### **Bagian 3: Keterangan Vaksinasi COVID-19**

<b>Jenis dan Urutan Dosis Vaksinasi COVID-19 (Beri tanda “√” di kotak yang paling sesuai)</b>				
<input type="checkbox"/> Comirnaty – Vaksin mRNA (BNT 162b2) (Fosun Pharma/BioNTech)		<input type="checkbox"/> CoronaVac – Vaksin Tidak Aktif (Vero Cell) (Sinovac)		
<input type="checkbox"/> Dosis pertama	<input type="checkbox"/> Dosis kedua	<input type="checkbox"/> Dosis ketiga	<input type="checkbox"/> Dosis keempat	<input type="checkbox"/> Lainnya, silakan sebutkan: _____ dosis

### **Bagian 4 Pernyataan dan Tanda Tangan**

#### **A. Diisi oleh penerima vaksin yang berusia 18 tahun ke atas**

Saya telah membaca dan memahami informasi dalam Lembar Fakta Vaksinasi untuk vaksin COVID-19 khususnya di Bagian 3, termasuk kontraindikasi (dan kemungkinan efek samping) vaksinasi COVID-19, produk vaksin tersebut disahkan berdasarkan Peraturan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (Penggunaan Vaksin) (Cap. 599K) untuk tujuan tertentu untuk pencegahan infeksi COVID-19 tetapi belum terdaftar di bawah Ordonansi Farmasi dan Racun (Cap. 138), dan setuju untuk menerima vaksin COVID-19 yang disebutkan di Bagian 3. Saya memiliki kesempatan untuk bertanya dan semua pertanyaan saya dijawab dengan memuaskan. Saya juga sepenuhnya memahami kewajiban dan tanggung jawab saya berdasarkan formulir persetujuan ini dan Pernyataan Tujuan Pengumpulan Data Pribadi.

Saya menyatakan bahwa dengan menandatangani di bawah ini, saya menyetujui (a) pemberian Vaksinasi COVID-19 berdasarkan Program Vaksinasi COVID-19 (lihat rincian di Bagian 3); dan (b) akses dan penggunaan oleh Departemen Kesehatan dan organisasi terkait yang bekerja sama dengan Pemerintah (termasuk Universitas Hong Kong) atas data klinis saya yang dipegang oleh Otoritas Rumah Sakit dan fasilitas kesehatan swasta terkait serta tenaga perawatan kesehatan untuk tujuan pemantauan terus-menerus terhadap keselamatan dan kejadian klinis yang terkait dengan Vaksinasi COVID-19 oleh Departemen Kesehatan sejauh akses dan penggunaan tersebut diperlukan untuk tujuan tersebut.

Saya menyatakan informasi yang diberikan dalam formulir ini adalah benar.

Saya setuju untuk memberikan data pribadi saya dalam formulir ini untuk digunakan oleh Pemerintah untuk tujuan sebagaimana diatur dalam “Pernyataan Tujuan Pengumpulan Data Pribadi”. Saya memahami bahwa Pemerintah dapat menghubungi saya untuk memverifikasi informasi dan pengaturan vaksinasi.

Untuk pemegang Kartu Tanda Penduduk Pintar: Saya setuju untuk memberikan wewenang kepada Tenaga Kesehatan/pejabat publik untuk membaca data pribadi saya [terbatas pada No. Kartu Tanda Penduduk Hong Kong, Nama (dalam bahasa Inggris dan Mandarin), tanggal lahir dan tanggal penerbitan Kartu Tanda Penduduk Hong Kong] yang tersimpan dalam chip yang terdapat dalam Kartu Tanda Penduduk Pintar saya untuk digunakan oleh Pemerintah untuk tujuan sebagaimana diatur dalam “Pernyataan Tujuan Pengumpulan Data Pribadi”.

Formulir persetujuan ini akan diatur oleh dan ditafsirkan sesuai dengan hukum Wilayah Administrasi Khusus Hong Kong dan saya akan tunduk pada wilayah hukum eksklusif Pengadilan Wilayah Administrasi Khusus Hong Kong tanpa dapat dibatalkan.

Tanda tangan penerima vaksin (atau sidik jari jika buta huruf#): \_\_\_\_\_

Tanggal: \_\_\_\_\_

**B. Diisi oleh orang tua / wali hanya jika penerima vaksin berusia di bawah 18 tahun / cacat mental**

Saya telah membaca dan memahami informasi dalam Lembar Fakta Vaksinasi untuk vaksin COVID-19 khususnya di Bagian 3, termasuk kontraindikasi (dan kemungkinan efek samping) vaksinasi COVID-19, produk vaksin tersebut disahkan berdasarkan Peraturan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (Penggunaan Vaksin) (Cap. 599K) untuk tujuan tertentu untuk pencegahan infeksi COVID-19 tetapi belum terdaftar di bawah Ordonansi Farmasi dan Racun (Cap. 138), dan **setuju** atas nama anak saya / lingkungan saya\* untuk menerima vaksin COVID-19 khususnya di Bagian 3. Saya memiliki kesempatan untuk mengajukan pertanyaan dan semua pertanyaan saya dijawab dengan memuaskan. Saya juga sepenuhnya memahami kewajiban dan tanggung jawab saya berdasarkan formulir persetujuan ini dan Pernyataan Tujuan Pengumpulan Data Pribadi.

Tambahan informasi jika penerima vaksin berusia antara 6 bulan dan kurang dari 3 tahun: Saya memahami bahwa penggunaan Vaksin CoronaVac (Sinovac) pada anak-anak berusia antara 6 bulan dan kurang dari 3 tahun tidak tercantum dalam sisipan paket yang disetujui dari CoronaVac disahkan berdasarkan Peraturan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (Penggunaan Vaksin) (Cap. 599K). Ini adalah penggunaan di luar label dalam program Pemerintah di bawah Peraturan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (Penggunaan Vaksin) (Cap. 599K), dengan memperhatikan saran dari panel/komite ahli yang ditunjuk oleh Pemerintah setelah meninjau dan mengantisipasi situasi epidemi saat ini, serta data kemanjuran dan keamanan relevan yang tersedia. Orang yang meresepkan, mengeluarkan atau bertanggung jawab atas pemberian vaksin kepada anak/bangsang saya bertindak sesuai dengan arahan Pemerintah dalam program Pemerintah.

Saya menyatakan bahwa dengan menandatangani di bawah ini, saya menyetujui (a) pemberian Vaksinasi COVID-19 kepada anak saya / lingkungan saya \* berdasarkan Program Vaksinasi COVID-19 (lihat rincian di Bagian 3); dan (b) akses dan penggunaan oleh Departemen Kesehatan dan organisasi terkait yang bekerja sama dengan Pemerintah (termasuk Universitas Hong Kong) data klinis anak saya / lingkungan saya \* yang dipegang oleh Otoritas Rumah Sakit dan fasilitas kesehatan swasta terkait serta tenaga perawatan kesehatan untuk tujuan pemantauan terus-menerus terhadap keselamatan dan kejadian klinis yang terkait dengan Vaksinasi COVID-19 oleh Departemen Kesehatan sejauh akses dan penggunaan tersebut diperlukan untuk tujuan tersebut.

Saya menyatakan informasi yang diberikan dalam formulir ini adalah benar.

Saya setuju untuk memberikan data saya / anak saya / lingkungan saya \* dalam formulir ini untuk digunakan oleh Pemerintah untuk tujuan sebagaimana diatur dalam “Pernyataan Tujuan Pengumpulan Data Pribadi”. Saya memahami bahwa Pemerintah dapat menghubungi saya untuk memverifikasi informasi dan pengaturan vaksinasi.

Untuk pemegang Kartu Tanda Penduduk Pintar: Saya setuju untuk memberikan wewenang kepada Tenaga Kesehatan/pejabat publik untuk membaca data pribadi saya / anak saya / lingkungan saya \* [terbatas pada No. Kartu Tanda Penduduk Hong Kong, Nama (dalam bahasa Inggris dan Mandarin), tanggal lahir dan tanggal penerbitan Kartu Tanda Penduduk Hong Kong] yang



eHS(S) No. Transaksi <b><u>SATU NOMOR</u></b> <b><u>TRANSAKSI SAJA</u></b> (jika berlaku)	T _____-____-____-
Tanggal Vaksinasi	
Nama Dokter	

Tanggal versi: 2 Agustus 2022

Versi terjemahan hanya sebagai rujukan.

Jika terjadi perbedaan antara versi terjemahan dengan versi bahasa Inggris, versi bahasa Inggrislah yang berlaku.

Untuk informasi lebih lanjut, silahkan kunjungi

[www.covidvaccine.gov.hk](http://www.covidvaccine.gov.hk)

Version date: 2 August 2022

Translated version is for reference only.

In case of discrepancies between translated version and English version, English version shall prevail.

For more information, please visit [www.covidvaccine.gov.hk](http://www.covidvaccine.gov.hk)

## **Pernyataan Tujuan Pengumpulan Data Pribadi**

Penyediaan data pribadi bersifat sukarela. Jika Anda tidak memberikan informasi yang memadai, Anda mungkin tidak dapat menerima vaksinasi.

### **Tujuan Pengumpulan**

1. Data pribadi yang diberikan akan digunakan oleh Pemerintah untuk satu tujuan atau lebih berikut:
  - (a) memeriksa bersama departemen dan organisasi pemerintah terkait tentang status penerima vaksin COVID-19;
  - (b) menginformasikan biro atau departemen dan organisasi pemerintah terkait untuk mengatur vaksinasi dan tindak lanjut setelah vaksinasi;
  - (c) untuk pembuatan, pemrosesan, dan pemeliharaan akun eHealth (Subsidi), serta administrasi dan pemantauan program vaksinasi COVID-19, termasuk namun tidak terbatas pada prosedur verifikasi secara elektronik dengan data yang disimpan oleh Departemen Imigrasi;
  - (d) mengalihkan ke Departemen Kesehatan dan organisasi terkait yang bekerja sama dengan Pemerintah (termasuk Universitas Hong Kong) pemantauan terus-memantau keselamatan dan peristiwa klinis yang berkaitan dengan Vaksinasi COVID-19 berdasarkan Program Vaksinasi COVID-19;
  - (e) untuk tujuan statistik dan penelitian; dan
  - (f) pencegahan, perlindungan terhadap, perlambatan, atau dengan cara lain apa pun mengendalikan keterjangkitan atau penularan penyakit COVID-19, termasuk penelusuran kontak; dan
  - (g) tujuan sah lainnya yang mungkin diwajibkan, disahkan, atau diizinkan oleh hukum.

### **Kelas Penerima Pengalihan**

2. Data pribadi yang Anda berikan akan dialihkan ke Pemerintah dan juga dapat diungkapkan oleh Pemerintah kepada agennya, organisasi lain, dan pihak ketiga untuk tujuan yang disebutkan dalam paragraf 1 di atas, jika diperlukan.

### **Akses ke Data Pribadi**

3. Anda berhak untuk meminta akses dan koreksi data pribadi Anda berdasarkan bagian 18 dan 22 dan prinsip 6, lampiran 1 Peraturan Data Pribadi (Privasi) (Cap. 486). Departemen Kesehatan dapat mengenakan biaya untuk memenuhi permintaan akses data.

### **Pertanyaan**

4. Pertanyaan mengenai data pribadi yang diberikan, termasuk permintaan akses dan koreksi, harus ditujukan ke:  
Executive Officer (Programme Management and Vaccination Division)  
Alamat: Centre for Health Protection, Block A, 2/F, 147C Argyle Street, Kowloon  
Nomor telepon.: 2125 2045

Tanggal versi: 2 Agustus 2022

Versi terjemahan hanya sebagai rujukan.

Jika terjadi perbedaan antara versi terjemahan dengan versi bahasa Inggris, versi bahasa Inggrislah yang berlaku.

Untuk informasi lebih lanjut, silahkan kunjungi

[www.covidvaccine.gov.hk](http://www.covidvaccine.gov.hk)

Version date: 2 August 2022

Translated version is for reference only.

In case of discrepancies between translated version and English version, English version shall prevail.

For more information, please visit [www.covidvaccine.gov.hk](http://www.covidvaccine.gov.hk)