

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN COVID-19 Y TRATAMIENTO RELACIONADO PARA MENORES O PERSONAS CON UN TUTOR

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento del paciente:
Dirección del paciente:	
Número de teléfono del padre o tutor:	

Soy el: Padre/madre de paciente menor Tutor Legal del paciente
 Otra persona con autoridad para tomar decisiones de atención médica por el paciente,
describa la relación legal: _____

Por la presente, doy fe de lo siguiente:

- El paciente tiene 5 años o más.
- Tengo la autoridad legal para aceptar la administración de la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 ("Vacuna") al paciente menor.
- Entiendo que la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos ("FDA") ha autorizado el uso de emergencia de la vacuna.
- Se me ha dado acceso y he leído la Hoja de datos de la Autorización de uso de emergencia de vacunas (EUA).
 - Para obtener la EUA en inglés para niños de 5 a 11 años, [haga clic aquí](#).
 - Para obtener la EUA en español para niños de 5 a 11 años, [haga clic aquí](#).
 - Para obtener la EUA en inglés para niños de 12 años, [haga clic aquí](#).
 - Para obtener la EUA en español para niños de 12 años, [haga clic aquí](#).
- Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre el virus, la vacuna y el tratamiento. Entiendo los riesgos y beneficios conocidos y potenciales de la vacuna y hasta qué punto se desconocen dichos riesgos y beneficios.
- Entiendo que tengo la opción de aceptar o rechazar la vacuna para el paciente.
- Estoy de acuerdo en darle al Paciente dos dosis de la Vacuna con un intervalo de aproximadamente tres semanas.
- Entiendo que la vacuna es una serie de vacunas de dos partes que necesitan dos inyecciones y no será completamente efectiva hasta después de la segunda inyección.
- Entiendo que al igual que con todas las vacunas, no hay garantía de que el Paciente se vuelva inmune o que no tenga efectos secundarios.
- Entiendo que el Paciente debe quedarse de 15 a 30 minutos después de la vacunación por seguridad del paciente.

Con base en lo anterior, solicito que se le administre la Vacuna al Paciente Menor.

Nombre en letra de imprenta del padre, tutor legal u otra persona autorizada Fecha

Firma del padre, tutor legal u otra persona autorizada Fecha