



Pfizer-BioNTech COVID-19 Consentimiento Vacunal

Para menores de 18 años de edad

1 Información del Menor (please print):

Nombre del Menor (Apellido, Primer, Medio Nombre)

Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy)

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Numero de Telefono

2 Información sobre los riesgos y beneficios de la vacuna Pfizer COVID-19

La vacuna Pfizer COVID-19 está aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para la prevención de la enfermedad COVID-19 en personas mayores de 16 años. La vacuna está autorizada por la FDA para uso de emergencia en personas de 5 a 15 años de edad. Para obtener más información sobre los riesgos, beneficios y efectos secundarios de la vacuna Pfizer, lea la [Hoja Informativa para Recipientes y Cuidadores](#) para niños entre la edad 5-11 años o 12 años para arriba.

3 Consentimiento

He leído y entiendo la información sobre los riesgos y beneficios de la vacuna Pfizer en la Sección 2 anterior. Estoy de acuerdo que:

1. Soy el padre o tutor legal del niño mencionado anteriormente y tengo la autoridad legal para dar mi consentimiento para que lo vacunen con la vacuna Pfizer.
2. Entiendo que si el niño mencionado arriba tiene entre 5 y 15 años de edad, un adulto responsable debe estar presente cuando reciba la vacuna si así lo exige la ley.
3. Si un padre o tutor legal no puede acompañar al niño:
 - a. Doy mi consentimiento para que el adulto responsable nombrado a continuación los acompañe según lo permita la ley.
 - b. Doy mi consentimiento para que el niño reciba la vacuna Pfizer como lo permite la ley.
4. Entiendo que si el niño mencionado arriba tiene 16 o 17 años, se recomienda que un padre, tutor legal o adulto responsable esté presente cuando se vacune al niño. Entiendo que al dar mi consentimiento a continuación, el niño recibirá la vacuna Pfizer, esté yo presente o no.
5. Entiendo que si así lo exige la ley estatal, todas las vacunas se informarán al registro de inmunizaciones o entidad gubernamental correspondiente. Entiendo que puedo obtener más información sobre cómo se trata mi información solicitando a mi proveedor oa Carbón Health.
6. Entiendo que al firmar este formulario, doy permiso para contactarme con respecto a recordatorios de vacunas y acceso a un registro de vacunación electrónico para el niño.
7. Entiendo que no tendré que pagar ni la vacuna ni el costo de administración eso. Si tengo seguro médico, entiendo que se le puede facturar a mi compañía de seguros por los costos de administración de la vacuna.

Pfizer-BioNTech COVID-19 Consentimiento Vacunal

Doy mi consentimiento para que el niño nombrado en la parte superior de este formulario se vacune con la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 y he revisado y estoy de acuerdo con la información incluida en este formulario.

Nombre del Padre o Guardián Legal o Persona Responsable Autorizada (*Last, First, Middle*)

Firma

Fecha

Dirección (*si diferente de lo escrito arriba*)

Numero de Telefoni(*celular preferido*)

Relación al menor o base para la autoridad de la parte responsable

- Soy un menor emancipado o autosuficiente o estoy casado o previamente casado. (Si marca esta casilla, se le pedirá que lo atestigua en su cita de vacunación).

