

## Consentimiento para las vacunas Pfizer-BioNTech y Moderna COVID-19

### Para individuos menores de 18 años de edad

Sección 1: Información sobre el niño/a que recibirá la vacuna Pfizer-BioNTech o Moderna COVID-19 (escriba en letra de molde/imprenta):

Nombre del niño/a (Apellido, Primer, Segundo nombre)	Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)	Edad
Dirección	Ciudad	Estado
Número de teléfono (obligatorio)		

Sección 2: Información sobre los riesgos y beneficios de las vacunas Pfizer-BioNTech (Pfizer) y Moderna.

Actualmente, la Administración de Alimentos y Drogas de los EE. UU. (FDA, por sus siglas en inglés) ha autorizado el uso de emergencia de las vacunas Pfizer y Moderna para prevenir el COVID-19 en individuos desde los 6 meses de edad en adelante. Para obtener más información sobre los riesgos, beneficios y efectos secundarios de las vacunas Pfizer y Moderna contra el COVID-19, lea la Hoja de datos para destinatarios y cuidadores ([Pfizer/Moderna](#)) de la Administración de Alimentos y Drogas de EE. UU (FDA)

Sección 3: Consentimiento.

He revisado la información sobre los riesgos y beneficios de las vacunas Pfizer y Moderna en la Sección 2, entiendo los riesgos y beneficios. Estoy de acuerdo con que:

1. Revisé este formulario de consentimiento, he leído y comprendido la “Hoja de datos para destinatarios y cuidadores” sobre los posibles riesgos y beneficios de las vacunas Pfizer y Moderna.
2. Tengo la autoridad legal para dar mi consentimiento para que el niño/a mencionado arriba sea vacunado con la vacuna Pfizer o Moderna.
3. Entiendo que no estoy obligado a acompañar al niño/a mencionado arriba, a la cita de vacunación y al dar mi consentimiento a continuación, el niño/a recibirá la vacuna Pfizer o Moderna, estando yo presente o no, en la cita de vacunación.
4. Entiendo que según lo requiere la ley estatal (Código de Salud y Seguridad, § 120440), todas las vacunas se reportarán al Registro de Vacunas de California (CAIR2, por sus siglas en inglés). Entiendo que la información en el registro CAIR2 del niño/a se compartirá con el departamento de salud local y el departamento de salud pública estatal, se tratará como información médica confidencial y se utilizará solo para compartir entre ellos o según lo permita la ley. Puedo negarme a que la información se comparta y puedo solicitar que se bloquee el registro CAIR2 visitando el formulario web [Solicitud para bloquear mi registro CAIR](#).

DOY MI CONSENTIMIENTO para que el niño/a nombrado en la parte superior de este formulario se vacune con la vacuna Pfizer-BioNTech o Moderna COVID-19, he revisado y estoy de acuerdo con la información incluida en este formulario.

Nombre (Apellido, Primer, Segundo nombre)
---

Firma	Fecha
-------	-------

Dirección, en caso de ser diferente a la anterior
---

Número de teléfono (obligatorio) en caso de ser diferente al anterior
---

Para más información sobre las vacunas COVID-19, por favor visite:

**coronavirus-sd.com/vaccine**

