

Consentimiento para la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 Para Individuos Menores de 18 años

Sección 1: Información sobre el niño/a que recibirá la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 (Favor de escribir con letra de molde):

Nombre del niño/a (Apellido, primer nombre, segundo nombre)		Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)	Edad
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono (Obligatorio)			

Sección 2: Información sobre los riesgos y beneficios de la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 (vacuna Pfizer). Actualmente, la Administración de Alimentos y Drogas de los EE. UU. (FDA, por sus siglas en inglés) ha autorizado el uso de emergencia de la vacuna Pfizer para prevenir el COVID-19 en personas de 12 años o más. La FDA aún no ha aprobado la licencia de vacunas para prevenir COVID-19. Para obtener más información sobre los riesgos, los beneficios y los efectos secundarios de la vacuna Pfizer, lea la [Hoja de datos para destinatarios y cuidadores](#) de la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU.

Sección 3: Consentimiento.

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

1. Revisé este formulario de consentimiento y he leído y comprendido la “Hoja de datos para destinatarios y cuidadores” sobre los posibles riesgos y beneficios de la vacuna Pfizer.
2. Tengo la autoridad legal para dar mi consentimiento para que el niño/a mencionado arriba sea vacunado con la vacuna Pfizer.
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 esté o no presente 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 del Estado, se tratará como información médica confidencial y se utilizará solo para compartir entre ellos o según lo permita la ley. Puedo negarme a permitir que la información se comparta más 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 COVID-19 y he revisado y estoy de acuerdo con la información incluida en este formulario.

Nombre (Apellido, primer nombre, 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, visite:
coronavirus-sd.com/vacuna

