

Consentimiento para la Vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNTech Para Personas Menores de 18 años

Sección 1: Información sobre el niño que recibirá la vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNTech (por favor, escriba en letra de molde):

Nombre del niño (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre) Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) Edad

Dirección Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono

Sección 2: Información sobre los riesgos y los beneficios de la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 (vacuna Pfizer).

Actualmente, la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) ha autorizado el uso de emergencia de la vacuna de Pfizer para prevenir el COVID-19 en personas de 12 años o más. La FDA aún no ha aprobado la licencia de la vacuna para prevenir el COVID-19. Para obtener más información sobre los riesgos, beneficios y efectos secundarios de la vacuna Pfizer, lea la [Hoja Informativa](#) de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos para Receptores y Auxiliar de Cuidado Personal.

Sección 3: Consentimiento.

He revisado la información sobre los riesgos y los beneficios de la vacuna de Pfizer en la sección 2 anterior y comprendo los riesgos y los beneficios. Estoy de acuerdo en que:

1. He revisado este formulario de consentimiento y he leído y comprendido la "Hoja informativa para Receptores y Auxiliares de Cuidado Personal" sobre los posibles riesgos y beneficios de la vacuna Pfizer.
2. Tengo la autoridad legal para autorizar que el niño nombrado arriba sea vacunado con la vacuna de Pfizer.
3. Comprendo que no estoy obligado a acompañar al niño nombrado arriba a la cita de vacunación y, al otorgar mi consentimiento a continuación, el niño recibirá la vacuna Pfizer esté o no presente en la cita de vacunación.
4. Entiendo que, según lo exija la ley estatal (Código de Salud y Seguridad, § 120440), todas las vacunas serán reportadas al Registro de Inmunización de California (CAIR2). Entiendo que la información en el registro CAIR2 del niño será compartida con el Departamento de Salud Local y el Departamento de Salud Pública del Estado, será tratada como información médica confidencial, y se utilizará solo para compartirla entre sí o según lo permita la ley. Puedo negarme a permitir que la información se comparta aún más y puedo solicitar que se bloquee el registro CAIR2 visitando el formulario web [Solicitud para bloquear mi registro CAIR](#).

OTORGO CONSENTIMIENTO para que el niño mencionado en la parte superior de este formulario sea vacunado con la vacuna PFIZER-BioNTech COVID-19 y he revisado y acepto la información incluida en este formulario.

Nombre (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre)

Firma

Fecha

Número de teléfono (si es distinto al de arriba)

Número de teléfono (si es diferente del anterior)