

Consentimiento para la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19

Para los menores de 18 años

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

Nombre (Apellido, Nombre, Segundo nombre)	Fecha de nacimiento (mes/día/ año)	Edad
---	------------------------------------	------

Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal
-----------	--------	--------	---------------

Número de teléfono

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

Actualmente, la Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU. (FDA) ha autorizado el uso de emergencia de la vacuna Pfizer para prevenir el COVID-19 en las personas de 12 años y mayor. La FDA aún no ha aprobado la licencia de vacunas para prevenir COVID-19. Para obtener más información sobre los riesgos, beneficios y efectos secundarios de la vacuna Pfizer, lea la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. [Hoja informativa para destinatarios y cuidadores](#).

Sección 3: Consentimiento.

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

1. Revisé este formulario de consentimiento y leí y comprendí la "Hoja informativa 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 menor nombrado arriba sea vacunado con la Vacuna Pfizer.
3. Entiendo que no estoy obligado a acompañar al niño mencionado arriba a la cita de vacunación y, al dar mi consentimiento a continuación, el menor recibirá la vacuna Pfizer esté o no yo 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). Entiendo que la información en el registro CAIR2 del menor 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](#).

YO DOY CONSENTIMIENTO para que el menor 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, Nombre, Segundo nombre)

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

Domicilio si es diferente al anterior

Número de teléfono si es diferente al anterior