



Consentimiento para la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19

Para personas menores de 18 años

1 Información del niño (por favor, escriba en letra impresa):

Nombre del niño (apellido, primer nombre, segundo nombre)

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono

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

La vacuna Pfizer contra el COVID-19 está aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) para la prevención de la enfermedad por 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 el [Hoja Informativa para receptores y cuidadores](#) para niños de 5 a 11 años o de 12 años o más.

3 Consentimiento

He leído y comprendo la información sobre los riesgos y beneficios de la vacuna Pfizer en la Sección 2 más arriba. Estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. Soy el padre o tutor legal del niño mencionado arriba y tengo la autoridad legal para otorgar el consentimiento para que se vacune con la vacuna Pfizer.
2. Entiendo que si el niño mencionada arriba tiene entre 5 y 15 años, un adulto responsable debe estar presente cuando reciba la vacuna. Si un padre o tutor legal no puede acompañar al niño, doy mi consentimiento para que el adulto responsable mencionado abajo la acompañe.
3. Entiendo que si el niño mencionado más arriba tiene 16 o 17 años, se recomienda que un padre, tutor legal o adulto responsable esté presente cuando sea vacunado. Entiendo que al dar mi consentimiento debajo, el niño recibirá la vacuna Pfizer esté o no esté presente.
4. Entiendo que de acuerdo con la ley estatal (Código de Salud y Seguridad, § 120440), todas las vacunaciones se reportarán en el [Registro de Vacunación de California](#) (CAIR2). Entiendo que la información en el registro CAIR2 del niño se compartirá con el departamento de salud local y con el Departamento de Salud Pública del Estado. Será tratada como información médica confidencial y se utilizará solo para compartirla entre ellos o de acuerdo con la legislación. Puedo rehusarme a permitir que la información se siga compartiendo y puedo solicitar que se cierre el registro CAIR2 mediante la presentación de la [Solicitud para cerrar mi Registro CAIR](#).
5. Entiendo que al firmar este formulario les doy permiso al Condado de Los Ángeles y a los socios de vacunación participantes para que me contacten en lo relacionado con los recordatorios de vacuna y el acceso a un registro de vacunación electrónico para el niño.





Consentimiento para la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19

Para personas menores de 18 años

6. Entiendo que no tendré que pagar por la vacuna ni por los costos de su administración. Si tengo un seguro de salud, entiendo que se le puede cobrar a mi compañía de seguro por los costos de administración de la vacuna.

DOY MI CONSENTIMIENTO para que el niño mencionado en la parte superior de este formulario sea vacunado con la vacuna Pfizer-BioNTech contra el COVID-19 y he revisado y estoy de acuerdo con la información que se incluye en este formulario.

Nombre del padre o tutor legal (apellido, primer nombre, segundo nombre)

Firma

Fecha

Dirección si es diferente a la mencionada más arriba

Número de teléfono (se prefiere el número de celular)

Relación con el niño

Solo para las personas entre 5 y 15 años que no concurrirán con su padre o tutor legal:

Nombre del adulto responsable a quien autorizo a acompañar al niño

- Soy un menor emancipado o independiente o casado o previamente casado.
(Si marca esta casilla, se le pedirá que acredite esto en su cita para la vacuna)

*Excepción: Si el menor es vacunado en la escuela, se requiere el consentimiento; sin embargo, debe cumplirse la guía de la escuela en lo que respecta a si un padre/tutor legal o adulto designado debe estar presente.