

Formulario de consentimiento del paciente menor: vacuna del COVID-19

Información del paciente

Nombre

Inicial del segundo nombre (opcional)

Apellido

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):

Consentimiento del menor

Declaro que soy (debe marcar una opción):

El padre/la madre del menor mencionado anteriormente.

El tutor legal del menor mencionado anteriormente.

Un menor emancipado de, al menos, 16 años de edad.

Una persona autorizada para tomar decisiones de atención médica

en nombre del menor mencionado anteriormente. Describa la relación legal aquí:

Doy fe de lo siguiente

Deben marcarse todos los casilleros para que se vacune al menor:

He leído y entiendo la Hoja de datos de Autorización de uso de emergencia (EUA) de la vacuna del COVID-19 y comprendo los riesgos y beneficios. (Pfizer 12+: [fda.gov/media/153716/download](https://www.fda.gov/media/153716/download) / Pfizer 5-11: [fda.gov/media/153717/download](https://www.fda.gov/media/153717/download))

DOY MI CONSENTIMIENTO para que el paciente menor reciba la vacuna del COVID-19. [Si NO da su consentimiento, no complete este formulario].

Comprendo que al dar mi consentimiento voluntario, el paciente menor de edad puede recibir la vacuna del COVID-19 con o sin la presencia física del padre, la madre o un tutor en la cita de vacunación.

Doy mi consentimiento y autorizo todo tratamiento que sea médicamente necesario en el caso excepcional de que el paciente menor de edad tenga una reacción a la vacuna, por ejemplo, picazón, hinchazón, desmayo, anafilaxia y otras reacciones.

Entiendo que todas las vacunas se informarán al Registro de Inmunización de California (California Immunization Registry, CAIR2). Entiendo que la información en el registro CAIR2 del paciente se compartirá con el departamento de salud local y el Departamento de Salud Pública de California, se tratará como información médica confidencial y se utilizará solo según lo permita la ley. Puedo negarme a permitir que la información se siga compartiendo y puedo solicitar que se bloquee el registro CAIR2 visitando el formulario web de solicitud para bloquear mi registro CAIR.

<https://cairforms.cairweb.org/SharingRequestForm/SharingRequestForm?SharingType=1&Language=En>

Información de los padres/tutores

Escriba su nombre completo

Dirección de correo electrónico

Número de teléfono celular

Dirección (número de calle y nombre, ciudad, estado, código postal):

Al firmar y escribir la fecha de hoy a continuación, doy mi consentimiento para que el menor de edad mencionado anteriormente reciba la vacuna contra la gripe, y certifico que (1) estoy autorizado a dar este consentimiento, y que (2) toda la información que he proporcionado en este formulario es cierta y correcta según mi conocimiento:

Firma del padre, la madre o un tutor

Fecha de la firma (MM/DD/AAAA)