

**Este formulario debe ser completado por la misma persona que completa el
Formulario de consentimiento y verificación para vacunación contra COVID-19/Coronavirus. Ambos
formularios deben completarse al momento de la vacunación.**

Consentimiento:

Tengo la autoridad legal y he dado mi consentimiento para la administración de la vacuna contra COVID-19/Coronavirus, Pfizer-BioNTech, al paciente menor, _____, que tiene entre 5 y 17 años, para recibir la vacuna contra COVID-19/Coronavirus en el *Formulario de consentimiento y verificación para vacunación contra COVID-19/Coronavirus* adjunto.

Entiendo que la Administración de Alimentos y Medicamentos ("FDA", en inglés) de EE. UU. ha autorizado el uso de emergencia de la vacuna Pfizer-BioNTech contra COVID-19/Coronavirus, que no es una vacuna aprobada por la FDA. Se me ha proporcionado acceso y leído la hoja informativa de autorización para uso de emergencia (EUA, en inglés) de la vacuna Pfizer-BioNTech contra COVID-19/Coronavirus para receptores y cuidadores ("Hoja informativa"). (Se puede leer la hoja informativa en <https://www.fda.gov/media/144414/download>).

Entiendo los riesgos y beneficios conocidos y potenciales de la vacuna Pfizer-BioNTech contra COVID-19/Coronavirus y hasta qué punto se desconocen dichos riesgos y beneficios.

Por la presente autorizo a _____ / _____ a
Nombre en imprenta de la parte confiable Relación

acompañar al menor de edad mencionado antes para ser vacunado en mi ausencia y dar fe de que he completado el Formulario de consentimiento y verificación para vacunación contra COVID-19/Coronavirus para el menor de edad mencionado anteriormente.

Fecha: _____

Firma
Padre/madre/tutor legal/persona *in loco parentis*

Nombre en letra imprenta

Verificación:

Yo, _____, tengo autorización para acompañar a

_____, un menor de entre 5 y 17 años, para recibir la vacuna contra COVID-19/Coronavirus. El padre/madre/tutor legal/persona *in loco parentis* ha proporcionado su consentimiento por escrito para que el menor reciba la vacuna contra COVID-19/Coronavirus.

Firma de la parte confiable

Nombre en letra imprenta

Solo para uso del personal

Tipo de identificación: _____

Número de identificación: _____

Identificación verificada por: _____

Formulario de consentimiento y verificación para vacunación contra COVID-19/Coronavirus

| Apellido (en letra imprenta): | | Nombre: | | Inicial del segundo nombre: | |
|---|--|---|--|------------------------------------|--------------------------|
| Fecha de nacimiento: | Edad: | Sexo (marque uno): <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro | | | |
| Dirección: | | Ciudad: | | Estado: | Código postal: |
| Padre/madre/tutor/apoderado (si corresponde, en imprenta): | | Idioma de preferencia: | | | |
| Número de teléfono: | | Raza (marque una): | | | |
| Etnia (marque una): | | <input type="checkbox"/> AIA: nativo estadounidense o de Alaska · ASN: asiático <input type="checkbox"/> BAA: afroamericano o negro · WHT: blanco <input type="checkbox"/> NHP: nativo de Hawaii o de las islas del Pacífico · DECL: prefiere no responder <input type="checkbox"/> HIS: origen hispano <input type="checkbox"/> UNK: no lo sabe | | | |
| <input type="checkbox"/> DECL: prefiere no responder · NHL: origen no hispano | | | | | |
| <input type="checkbox"/> HIS: origen hispano <input type="checkbox"/> UNK: no lo sabe | | | | | |
| Cuestionario de verificación | | | | | |
| 1. | ¿Se siente enfermo(a) hoy? | | | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| 2. | ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra COVID-19/Coronavirus? En caso afirmativo, ¿qué vacuna le aplicaron y en qué fecha? <input type="checkbox"/> Pfizer · Moderna · Johnson & Johnson · Otra marca | | | <input type="radio"/> Sí Fecha: | <input type="radio"/> No |
| 3. | ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave a algo, o una reacción para la cual le hicieron tratamiento con epinefrina o EpiPen, o por la cual tuvo que ir al hospital? ¿Qué alergia?: _____ | | | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| 4. | ¿Ha recibido otra vacuna en los últimos 14 días? | | | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| 5. | ¿Ha recibido tratamiento con anticuerpos pasivos (anticuerpos monoclonales o suero de convalecencia) como tratamiento para COVID-19/Coronavirus en los últimos 90 días? | | | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| 6. | ¿Tiene el sistema inmunológico debilitado debido a algo como una infección por VIH o cáncer o toma medicamentos o realiza tratamientos inmunosupresores? | | | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| 7. | ¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante? | | | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| 8. | ¿Está embarazada o en lactancia? | | | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |

Consentimiento

He leído y comprendo, o se me ha explicado, la hoja de información sobre la vacuna contra COVID-19/Coronavirus. Entiendo que, si mi vacuna contra COVID-19/Coronavirus requiere dos dosis, se me deberán administrar (debo recibir) dos dosis de esta vacuna para que sea eficaz. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción o me aseguré de que la persona que recibe la vacuna mencionada antes para la que estoy autorizado(a) a proporcionar el consentimiento como sustituto(a) también tuviera la oportunidad de hacer preguntas. Entiendo los beneficios y riesgos de las vacunas como se describen. Solicito que se me administre la vacuna contra COVID-19/Coronavirus (o a la persona nombrada anteriormente para quien estoy autorizado[a] a realizar esta solicitud y proporcionar un consentimiento como sustituto[a]). Entiendo que esta vacuna no me costará nada. Entiendo que cualquier dinero o beneficio por administrar la vacuna se asignará y transferirá al proveedor de la vacuna, incluidos los beneficios/el dinero de mi plan de salud, Medicare u otros terceros que sean financieramente responsables de mi atención médica. Autorizo la divulgación de toda la información necesaria (incluidas, entre otros, historia clínica, copias de reclamos y facturas detalladas) para verificar el pago y, según sea necesario, para otros fines de salud pública, incluidos los informes a los registros de vacunas aplicables.

Firma de receptor(a)/tutor: _____

Fecha: _____

| Solo para uso administrativo | | | | | | | |
|------------------------------|--------------|--------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|----------------------|---|
| Vacuna | Dosis | Vía | Fecha/hora de adm. de la dosis | Fabricante de la vacuna | N.º de lote | Fecha de vencimiento | Nombre de administrador(a) de la vacuna |
| COVID-19/Coronavirus | ___ ml · 1.º | IM – Brazo I | | | | | |
| | ___ ml · 2.º | IM – Brazo D | | | | | |