

**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 11 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 11 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 <input type="checkbox"/> ASN: asiático <input type="checkbox"/> BAA: afroamericano o negro <input type="checkbox"/> WHT: blanco <input type="checkbox"/> NHP: nativo de Hawaii o de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> DECL: prefiere no responder <input type="checkbox"/> HIS: origen hispano <input type="checkbox"/> UNK: no lo sabe			
<input type="checkbox"/> DECL: prefiere no responder		<input type="checkbox"/> NHL: origen no hispano			
<b>Cuestionario de verificación</b>					
1.	¿Se siente enfermo(a) hoy?			o Sí	o 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?			o Sí	o No
	<input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Johnson & Johnson <input type="checkbox"/> Otra marca			Fecha:	
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?: _____			o Sí	o No
4.	¿Ha recibido otra vacuna en los últimos 14 días?			o Sí	o 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?			o Sí	o No
6.	¿Tiene el sistema inmunológico debilitado debido a algo como una infección por VIH o cáncer o toma medicamentos o realiza tratamientos inmunosupresores?			o Sí	o No
7.	¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante?			o Sí	o No
8.	¿Está embarazada o en lactancia?			o Sí	o 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 <input type="checkbox"/> 1.º	IM – Brazo I					
	___ ml <input type="checkbox"/> 2.º	IM – Brazo D					