



# FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA QUE UN MENOR RECIBA LA VACUNA CONTRA LA COVID-19

## **Sección 1: Información acerca del menor que recibirá la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech:**

Nombre del menor (apellido, nombre, segundo nombre): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

## **Sección 2: Información acerca de los riesgos y los beneficios de la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech:**

Actualmente, la Food and Drug Administration (Administración de Alimentos y Medicamentos, FDA) de EE. UU. ha autorizado el uso de emergencia de la vacuna de Pfizer para prevenir la COVID-19 en personas de 5 años en adelante. Sin embargo, la FDA aún no ha aprobado la licencia para ninguna vacuna para prevenir la COVID-19 en general. Para obtener más información acerca de los riesgos, los beneficios y los efectos secundarios de la vacuna de Pfizer, consulte la [hoja informativa para receptores y cuidadores de la Administración de Medicamentos y Alimentos de EE. UU.](https://www.fda.gov/media/146762/download) en <https://www.fda.gov/media/146762/download>.

Es posible que la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech no genere inmunidad en todas las personas. Entre los efectos secundarios que se han informado de la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech, se incluyen dolor, hinchazón y enrojecimiento en el lugar de la inyección; cansancio; dolor de cabeza, muscular y en las articulaciones; escalofríos; fiebre; náuseas; sensación de malestar; e inflamación de los ganglios linfáticos. Existe una remota posibilidad de que la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech pueda causar una reacción alérgica grave. Las reacciones alérgicas graves suelen producirse entre unos minutos y una hora después de recibir una dosis de esta vacuna. Entre los signos de reacciones alérgicas graves, se pueden incluir dificultad para respirar; inflamación de la cara y la garganta; taquicardia; o una erupción intensa en todo el cuerpo. Se aconseja a las personas con antecedentes de reacciones alérgicas importantes a vacunas, medicamentos o alimentos que hablen con su médico antes de vacunarse.

## **Sección 3: Consentimiento**

He revisado la información sobre los riesgos y beneficios de la vacuna de Pfizer que se presentan en la sección 2 anterior, y entiendo los riesgos y beneficios. Conuerdo con lo que se indica a continuación:

1. Tengo la autoridad legal para otorgar mi consentimiento para que el menor, nombrado anteriormente, reciba la vacuna de Pfizer.
2. He revisado este formulario de consentimiento, y he recibido y leído la "Hoja informativa para receptores y cuidadores". Comprendo los riesgos y beneficios de la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech.
3. Comprendo que, tal como lo exige la ley estatal, todas las vacunaciones serán registradas en el California Immunization Registry (Registro de Inmunizaciones de California, CAIR2). La información de este registro será considerada información médica confidencial, y solo se compartirá según lo requerido y permitido por la ley.
4. Reconozco que tanto yo como el menor, nombrado anteriormente en este consentimiento, asumimos todos los riesgos y aceptamos eximir a Sansum Clinic de cualquier consecuencia adversa que derive de la vacunación.

**Doy mi consentimiento para que el menor cuyo nombre figura en la parte superior de este formulario reciba la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech, y he revisado y estoy de acuerdo con la información incluida en este formulario.**

Nombre del padre, la madre o el tutor (apellido, nombre, segundo nombre):

\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente de la que figura arriba): \_\_\_\_\_

Número de teléfono (si es diferente del que figura arriba): \_\_\_\_\_