

Consentimiento para la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19

Para personas menores de 18 años

Sección 1: Información sobre el niño que recibirá la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 (en letra de imprenta):

Nombre del Niño (apellido)	Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy)	Edad		
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	Núm ero de teléfono

Sección 2: Información sobre los riesgos y beneficios de la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 (vacuna Pfizer).

Actualmente, la Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU. (FDA) ha autorizado el uso de emergencia de la vacuna Pfizer para prevenir el COVID-19 en personas mayores de 12 años. La FDA aún no ha aprobado la licencia de vacunas para prevenir COVID-19. Para obtener más información sobre los riesgos, beneficios y efectos secundarios de la vacuna Pfizer, lea la hoja informativa de la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. (FDA) [Fact Sheet for Recipients and Caregivers](#).

Sección 3: Consentimiento.

He revisado la información sobre los riesgos y beneficios de la vacuna Pfizer en la Sección 2 anterior y entiendo los riesgos y beneficios. Estoy de acuerdo que:

1. Revisé este formulario de consentimiento y he leído y comprendido la "Hoja de datos para destinatarios y cuidadores" sobre los posibles riesgos y beneficios de la vacuna Pfizer.
2. Tengo la autoridad legal para dar mi consentimiento para que el niño nombrado arriba sea vacunado con la Vacuna Pfizer.
3. Entiendo que no estoy obligado/a, a acompañar al niño mencionado arriba a la cita de vacunación y, al dar mi consentimiento a continuación, el niño recibirá la Vacuna Pfizer esté o no presente en la cita de vacunación.
4. Entiendo que según lo requiere la ley estatal (Código de Salud y Seguridad, § 120440), todas las vacunas se informarán al Registro de Vacunas de California (CAIR2). Entiendo que la información en el registro CAIR2 del niño se compartirá con el departamento de salud local y el Departamento de Salud Pública del Estado, se tratará como información médica confidencial y se utilizará solo para compartir entre ellos o según lo permita la ley. Puedo negarme a que la información se comparta más y puedo solicitar que se bloquee el registro CAIR2 visitando el [Request to Lock My CAIR Record](#) formulario web.

Doy mi consentimiento para que el niño nombrado en la parte superior de este formulario se vacune con la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 y he revisado y estoy de acuerdo con la información incluida en este formulario.

Name (Last, First, Middle)

Signature

Date

Address if different from above

Phone Number if different from above