



Consentimiento para la Vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNTech Para Personas Menores de 18 años



Sección 1: Información sobre el niño que recibirá la vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNTech (por favor, escriba en letra de molde):

Nombre del niño (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre)			Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		Edad
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono
Sexo:	Hombre	Mujer	Origen Etnico:	Hispano	No Hispano
					Idioma(s) hablado en casa
Raza:	Blanco	Asiatico	Negro/Afroamericano	Hawaiano/Pacific Isleno	Dos o mas razas
American Indian/Alaska Native					

Sección 2: Información sobre los riesgos y los beneficios de la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 (vacuna Pfizer). Actualmente, la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) ha autorizado el uso de emergencia de la vacuna de Pfizer para prevenir el COVID-19 en personas de 12 años o más. 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 los Estados Unidos para Receptores y Auxiliar de Cuidado Personal.

Sección 3: Cuestionario de salud.

Si No

- ¿Se siente enfermo(a) hoy?
- ¿Alguna vez ha recibido una dosis de vacuna contra el COVID-19?
- ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica al (1) componente de la vacuna para el COVID-19, incluido el polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como laxantes y preparaciones para procedimientos de colonoscopia; al (2) polisorbato, o a una (3) dosis previa de la vacuna para el COVID-19?
- ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a alguna vacuna (sin contar la vacuna del COVID-19) o una medicina inyectable? (Esto incluiría una reacción alérgica severa (p. ej., anafilaxia) que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya resultado en una visita al hospital. También incluiría una reacción alérgica que ocurrió dentro de 4 horas causando urticaria, hinchazón, o dificultad respiratoria, incluyendo sibilancias.)
- ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) o algo que no sea un componente de la vacuna para el COVID-19, polisorbato o alguna vacuna o medicamento inyectable? Esto incluye alimentos, mascotas, ambiente o alergias a medicamentos orales.
- ¿Le han diagnosticado un síndrome inflamatorio multisistémico (SIM-C o SIM-A) después de una infección por COVID-19?
- ¿Ha recibido terapia pasiva con anticuerpos (anticuerpos monoclonales o plasma convaleciente) como tratamiento para el COVID-19?
- ¿Tiene un sistema inmunológico debilitado debido a afecciones como cáncer o una infección de VIH, o realiza terapias o toma medicamentos inmunosupresores?
- ¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante?
- ¿Tiene antecedentes de trombocitopenia inducida por heparina (TIH)?
- ¿Esta embarazada o en período de lactancia? ¿A recibido rellenos dérmicos?
- ¿Tiene antecedentes de miocarditis o pericarditis?



Sección 4: Consentimiento.

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

- 1. He revisado este formulario de consentimiento y he leído y comprendido la "Hoja informativa para Receptores y Auxiliares de Cuidado Personal" sobre los posibles riesgos y beneficios de la vacuna Pfizer.
2. Tengo la autoridad legal para autorizar que el niño nombrado arriba sea vacunado con la vacuna de Pfizer.
3. Comprendo que no estoy obligado a acompañar al niño nombrado arriba a la cita de vacunación y, al otorgar mi consentimiento a continuación, el niño recibirá la vacuna Pfizer esté o no presente en la cita de vacunación.
4. Entiendo que, según lo exija la ley estatal (Código de Salud y Seguridad, § 120440), todas las vacunas serán reportadas al Registro de Inmunización de California (CAIR2). Entiendo que la información en el registro CAIR2 del niño será compartida con el Departamento de Salud Local y el Departamento de Salud Pública del Estado, será tratada como información médica confidencial, y se utilizará solo para compartirla entre sí o según lo permita la ley. Puedo negarme a permitir que la información se comparta aún más y puedo solicitar que se bloquee el registro CAIR2 visitando el formulario web Solicitudes para bloquear mi registro CAIR.

OTORGO CONSENTIMIENTO para que el niño mencionado en la parte superior de este formulario sea vacunado con la vacuna PFIZER-BioNTech COVID-19 y he revisado y acepto la información incluida en este formulario.

Nombre (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre)

Firma Fecha

Número de teléfono (si es distinto al de arriba)

Número de teléfono (si es diferente del anterior)

Staff Use Only! CAIR Disclosure form Registry #
Services provided by: Nurse administering vaccination (name) / Nurse administering vaccination (signature)
If medical condition exists, print here
Table with 7 columns: Date, Time, Clinic, Lot #/ Exp Date, Injection Site (Circle), Route, VIS Date
Vaccine type/dose administered: Pfizer COVID 19 Dose No. Dose: 0.3ML