



**CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA DE COVID-19 Y TRATAMIENTO RELACIONADO
PARA MENORES SIN UN PADRE/TUTOR**

Se requiere el consentimiento para la vacunación de pacientes menores de 18 años sin la presencia de un padre/tutor.

Nombre del paciente menor:	Fecha de nacimiento del paciente menor:
Dirección del paciente menor:	
Contacto de emergencia: Nombre: _____	
Relación con el menor: _____	
Número de teléfono: _____	

Yo soy: _____ Padre/Madre del paciente menor _____ Tutor legal del paciente menor

_____ Otra persona con autoridad para tomar decisiones de atención médica en nombre del paciente menor,

describa la relación legal: _____

Por la presente, doy fe de lo siguiente:

- El paciente menor tiene 12 años o más.
- Tengo la autoridad legal para dar mi consentimiento para la administración de la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 al paciente menor de edad.
- Entiendo que la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) ha autorizado el uso de emergencia de la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19, que no es una vacuna aprobada por la FDA.
- Se me ha proporcionado acceso y leído la hoja informativa de EUA sobre la vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNTech para destinatarios y cuidadores (Hoja informativa). (Lea la hoja de datos en <https://www.fda.gov/media/144414/download>)
- Entiendo los riesgos y beneficios conocidos y potenciales de la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 y hasta qué punto se desconocen dichos riesgos y beneficios.
- Entiendo que tengo la opción de aceptar o rechazar la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 en nombre del paciente menor.
- Entiendo que la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 es una serie de vacunas de dos partes.
- Doy mi consentimiento y autorizo todo tratamiento médicamente necesario en el raro caso de que el paciente menor tenga una reacción a la vacuna, que incluye, entre otros, picazón, hinchazón, desmayos, anafilaxia y otras reacciones.
- El paciente menor y yo acordamos que el paciente menor permanecerá en el área de observación durante el período de tiempo requerido después de la administración de la dosis de la vacuna.
- Doy mi consentimiento para la administración de dos dosis separadas de la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 con un intervalo de aproximadamente tres semanas para el paciente menor.

Nombre impreso del padre, tutor legal u otra persona autorizada

Fecha

Firma del padre, tutor legal u otra persona autorizada

Fecha





COVID-19 Vaccine Screening Questions For Minors Without Parent/Guardian Present
Preguntas de Asesoría de COVID-19 Para Menores Sin sus Padres/Tutores Presentes

Please answer the following questions on behalf of your child if your child is coming to their vaccine appointment without a parent or guardian.

Por favor, responda las siguientes preguntas si su hijo/ja llegara a la cita de vacuna sin sus padres/tutores.

Minor Patient Name:	Minor Patient Date of Birth:	
Minor Patient Address:		
Screening Question	Yes / Sí	No / No
1. Do you give consent to receive the COVID-19 vaccine today? <i>¿Da su consentimiento para recibir la vacuna COVID-19 hoy?</i>		
2. Are you feeling sick today? <i>¿Se siente enfermo(a) hoy?</i>		
3. Have you ever received a dose of the COVID-19 vaccine? a. If yes, which vaccine did you receive and on what date? Vaccine Name: _____ Date: _____ <i>¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna COVID-19?</i> a. Nombre de la Vacuna: _____ Fecha: _____		
4. Are you immunocompromised or taking medications that affect your immune system? a. If yes, please explain and list medications: _____ _____ <i>¿Está inmunocomprometidos o tomando medicamentos que afectan su sistema inmunitario?</i> a. Si la respuesta es SI, explique y liste las medicaciones: _____ _____		
5. Have you ever had a severe allergic reaction (e.g., anaphylaxis) to anything? a. If yes, please explain: : _____ _____ <i>¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) a algo?</i> a. Si la respuesta es SI, explique: _____ _____		
6. Have you received antibody therapy as treatment for COVID-19 in the past 90 days? <i>¿Ha recibido terapia con anticuerpos como tratamiento para COVID-19 en los últimos 90 días?</i>		