

Formulario de autorización de la vacuna contra COVID-19 para personas entre 5 a 12 años

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

Nombre	Fecha de nacimiento
Dirección	
Nombre	Relación con el menor
Número de teléfono	

Yo soy el/la: Padre del paciente menor Tutor legal del paciente menor
 Otra persona con autoridad para tomar decisiones de atención médica en nombre del menor paciente, describir la relación legal: _____

Al dar mi autorización a continuación, reconozco que:

- El paciente menor tiene entre 5 y 12 años.
- Tengo la autoridad legal para autorizar a que se vacune al menor nombrado anteriormente con la vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNtech.
- 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.
- He leído este formulario de autorización y comprendo que la "Hoja informativa para receptores y proveedores de cuidado" incluye más información detallada acerca de los posibles riesgos y beneficios de la vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNtech.
- He revisado la información sobre los riesgos y los beneficios de la vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNtech y comprendo dichos riesgos y beneficios.
- Entiendo que tengo la opción de aceptar o rechazar la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 en nombre de el 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 autorización para que se vacune al menor nombrado al inicio de este formulario con dos dosis separadas de la vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNtech.

Nombre del padre, tutor legal u otra persona autorizada

Fecha

Firma del padre, tutor legal u otra persona

Fecha