
Forma de consentimiento para menores que reciben la vacuna Pfizer COVID-19

No puedo acompañar a mi hijo o niño bajo mi responsabilidad / guardia a la clínica de vacunas. Doy mi permiso para que _____ lleve a mi hijo a recibir la vacuna.

Ya revisé y tuve acceso a la hoja informativa de autorización de uso de emergencia con respecto a la vacuna Pfizer COVID-19. Si necesito más información sobre la vacuna o el proceso de la vacuna, la persona que trajo a mi hijo se comunicará conmigo por teléfono para hablar con un vacunador.

Por favor marque uno de los siguientes

_____ He completado el cuestionario de salud en línea (alergias / otras condiciones de salud / etc.)

_____ He impreso / completado el cuestionario de salud y lo traeré con el niño.

_____ La persona que trajo a mi hijo tiene la información médica necesaria para el cuestionario de salud o puede comunicarse conmigo para obtener más información.

Entiendo los riesgos y beneficios de la vacuna y doy mi consentimiento para que mi hijo reciba la vacuna Pfizer BioNTech bajo autorización de uso de emergencia.

Nombre completo del niño

Fecha de nacimiento del niño
(el niño debe tener al menos 12 años de edad)

Nombre del padre o tutor legal

Firma

Fecha de Hoy