



## CONSENTIMIENTO PARA ADMINISTRAR LA VACUNA CONTRA EL COVID-19 Y PROVEER UN TRATAMIENTO RELACIONADO PARA MENORES DE EDAD SIN LA PRESENCIA DE SUS PADRES O DE UN REPRESENTANTE LEGAL

Se requiere este consentimiento para la vacunación de pacientes menores de 18 años sin la presencia de sus padres o de un representante legal.

<b>Nombre del paciente menor de edad:</b>	<b>Fecha de nacimiento del paciente menor de edad:</b>
<b>Dirección del paciente menor de edad:</b>	
<b>Contacto de emergencia:</b> Nombre: _____ Relación con el menor: _____ Número de teléfono: _____	

Yo soy el:  Padre/madre del paciente menor de edad  Tutor legal del paciente menor de edad  
 Otra persona con autoridad para tomar decisiones de salud en representación del paciente menor de edad; describa la relación legal: \_\_\_\_\_

Certifico lo siguiente:

- El paciente es menor de edad y es elegible para la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech o Moderna.
- Tengo la autoridad legal para autorizar la administración de la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech o Moderna al paciente menor de edad.
- Entiendo que la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos ("FDA") ha autorizado el uso de emergencia de las vacunas contra el COVID-19 de Pfizer- BioNTech y Moderna.
- He tenido la oportunidad de leer la Hoja Informativa para Pacientes y Cuidadores sobre la Autorización de Uso de Emergencia de la Vacuna contra el COVID-19 relevante (la "Hoja Informativa").
- Entiendo los riesgos y beneficios conocidos y potenciales de las vacunas contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech o Moderna y hasta qué punto se desconocen dichos riesgos y beneficios.
- Comprendo que tengo la opción de aceptar o rechazar la vacuna contra el COVID-19 en nombre del paciente menor de edad.
- Entiendo que las vacunas contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech y Moderna se administran en series de múltiples dosis.
- Autorizo y doy mi consentimiento para que el paciente menor de edad reciba cualquier tratamiento médicamente necesario en el caso poco probable de que presente una reacción a la vacuna, incluyendo escozor, hinchazón, desmayos, anafilaxia y otras reacciones.
- El paciente menor de edad y yo estamos de acuerdo en que el paciente menor de edad permanecerá en el área de observación durante el tiempo requerido después de recibir la dosis de vacuna.
- Doy mi consiento para la administración de la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech o Moderna, incluyendo cualquier dosis adicional requerida para completar la serie.

---

Nombre del padre/madre, tutor legal o persona autorizada

Fecha

---

Firma del padre/madre, tutor legal o persona autorizada

Fecha



## Preguntas de Control sobre la Vacuna contra el COVID-19 para Menores de Edad Sin la Presencia de sus Padres o de un Tutor

Por favor, responda a las siguientes preguntas en nombre del menor de edad si éste acude a su cita de vacunación sin sus padres o un tutor.

<b>Nombre del paciente menor de edad:</b>	<b>Fecha de nacimiento del paciente menor de edad:</b>	
<b>Dirección del paciente menor de edad:</b>		
<b>Preguntas de control</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
1. ¿Das tu consentimiento para recibir la vacuna contra el COVID-19 el día de hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Te sientes enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Has recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19? a. Si la respuesta es "sí", ¿cuál vacuna recibiste y en qué fecha?  Nombre de la vacuna: _____ Fecha: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Estás inmunocomprometido o tomas medicamentos que afecten a tu sistema inmunológico? a. Si la respuesta es "sí", por favor explica e indica los medicamentos:  _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Has tenido alguna vez una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a algo? a. Si la respuesta es "sí", por favor explica:  _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha recibido terapia con anticuerpos como tratamiento para COVID-19 en los últimos 90 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>