

# 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

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 COVID-19 en personas de 5 años o más. El FDA aún no ha aprobado la licencia de la vacuna para prevenir el COVID-19. 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 Auxiliarios de Cuidado Personal, aquí pueden encontrar la versión específicamente para los de [edad de 5-11](#) y [edad 12-17](#).

Sección 3: 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 dar mi consentimiento a continuación, el niño recibirá la vacuna Pfizer aun que si estoy presente o no estoy presente en la cita de vacunación.
4. Entiendo que es requerido por 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 y será tratada como información médica confidencial, y será utilizada solo para compartirla entre uno al otro o permitido por la ley. Puedo negarme a permitir que la información se compartido aún más y puedo solicitar que se bloquee el registro CAIR2 visitando el formulario web [Solicitud para bloquear mi registro CAIR](#).

DOY 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)