

# 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 el COVID-19 en personas de 5 años o más. La 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 Auxiliar de Cuidado Personal.

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 otorgar mi consentimiento a continuación, el niño recibirá la vacuna Pfizer esté o no presente en la cita de vacunación.
4. Entiendo que, según lo exija 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, será tratada como información médica confidencial, y se utilizará solo para compartirla entre sí o según lo permita la ley. Puedo negarme a permitir que la información se comparta aún más y puedo solicitar que se bloquee el registro CAIR2 visitando el formulario web [Solicitud para bloquear mi registro CAIR](#).

OTORGO 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)	