

**Consentimiento de vacunación contra el COVID 19 para menores de edad (de 16-17 años)**

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**(por favor, escriba en letra de imprenta)**

El propósito de la vacuna contra el virus COVID-19 es reducir la probabilidad de contraer el COVID-19. **Aunque la FDA no la ha aprobado y sigue evaluando su seguridad y efectividad, la FDA ha autorizado su uso de emergencia para prevenir el COVID-19.**

**La vacuna de Pfizer contra el COVID-19 es una serie de dos (2) inyecciones. Las vacunas deben administrarse por separado según las directrices del fabricante y de la FDA. Por favor, asegúrese de que el/la paciente citado/a arriba pueda completar la serie antes de que dé su consentimiento para la administración de esta vacuna.**

*Todas las vacunas tienen riesgos. Los posibles efectos secundarios de la vacuna contra el COVID-19, aunque por lo general inconsecuentes, pueden incluir:*

1. Dolor, enrojecimiento o inflamación alrededor de la zona de inyección.
2. Fiebre, malestar, dolor de cabeza, fatiga, escalofríos, dolor en las articulaciones y muscular. Existe un riesgo remoto de una reacción alérgica severa.
3. Pueden existir riesgos que no sean conocidos todavía. La FDA sigue evaluando la vacuna y los efectos secundarios ya conocidos son limitados basados en datos actuales. Puede que los efectos secundarios adicionales se vayan conociendo según se use esta vacuna de una manera más amplia.

**Una Hoja de Datos de Pfizer va adjunta. Por favor, lea la Hoja de Datos adjunta por completo y con cuidado.**

**Aquellos individuos que actualmente estén enfermos y/o tengan fiebre no deben vacunarse hasta que no les hayan desaparecido los síntomas.**

**CONSENTIMIENTO**

Yo, el padre/la madre o tutor legal del/de la paciente, doy el consentimiento por el presente para la administración de dos inyecciones de la vacuna de Pfizer contra el virus de COVID-19 al/a la paciente nombrado/a arriba. He leído las declaraciones arriba acerca de la vacuna de Pfizer con el virus de COVID-19 y la Hoja de Datos adjunta. Me han aconsejado de y he entendido los riesgos, efectos secundarios, beneficios para el paciente y las alternativas. Entiendo que podrían existir riesgos que no se han conocidos todavía y otros riesgos remotos. Entiendo las condiciones bajo las cuales la vacuna no debe administrarse y desconozco la presencia de cualquiera de estas condiciones en el/la paciente nombrado/a arriba. Me han aconsejado y entiendo que la vacuna es una serie de dos inyecciones y pretendo que el/la paciente nombrado/a arriba complete la serie de inyecciones. **Entiendo que doy mi consentimiento voluntariamente para que el/la paciente nombrado/a arriba reciba la vacuna y que tengo la opción de aceptar o rechazar la vacuna contra el COVID-19 en cualquier momento y por cualquier razón. Entiendo que el/la paciente nombrado/a arriba no percibirá el beneficio de la vacuna si rechazo que el/la paciente nombrado/a arriba reciba la segunda inyección.**

**Entiendo que Prevea puede contactar conmigo para confirmar mi consentimiento a su discreción para obtener información adicional que podría necesitar acerca del/de la paciente nombrado/a arriba, o para otros fines en case de emergencia. Entiendo asimismo que Prevea puede rechazar administrar la vacunación si los datos de contacto pedidos no se proporcionan abajo.**

**Firma:**\_\_\_\_\_  
Firma de padre/madre o tutor legal\_\_\_\_\_  
Fecha\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta de padre/madre o tutor legal\_\_\_\_\_  
Padre/madre o tutor legal (Rodee uno)**Datos de contacto:**

Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Teléfono de oficina: \_\_\_\_\_