

Consentimiento para la vacuna contra el COVID-19 para menores de 18 años

Sección 1: Información sobre el menor que recibirá la vacuna contra el COVID-19 (complete en letra de imprenta):

Nombre del menor (apellido, nombre y 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 contra el COVID-19.

La Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) de los Estados Unidos ha autorizado el uso de emergencia de vacunas para prevenir el COVID-19 en mayores de seis meses. Lea las hojas de información para receptores y cuidadores publicadas en el sitio web de la FDA de los Estados Unidos para obtener más información sobre los riesgos, los beneficios y los efectos secundarios de las vacunas contra el COVID-19. Hay [hojas de información](#) para cada vacuna.

Sección 3: Consentimiento.

He leído la información sobre los riesgos y los beneficios de las vacunas contra el COVID-19 en la Sección 2 anterior y entiendo los riesgos y los beneficios. Estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. He leído este formulario de consentimiento y la “Hoja de información para receptores y cuidadores” sobre los posibles riesgos y beneficios de la vacuna correspondiente.
2. Tengo la autoridad legal para autorizar que se vacune al menor mencionado anteriormente con la vacuna contra el COVID-19.
3. Entiendo que no estoy obligado a acompañar al menor mencionado a la cita de vacunación y que, al dar mi consentimiento a continuación, el menor recibirá la vacuna independientemente de que yo esté presente o no en la cita de vacunación.
4. Entiendo que, tal como lo exige la ley estatal (artículo 120440 del Código de Salud y Seguridad), todas las inmunizaciones se informarán al Registro de Inmunizaciones de California (CAIR2). Entiendo que la información del registro CAIR2 del menor se compartirá con el departamento de salud local y el Departamento de Salud Pública del Estado, se tratará como información médica confidencial y se utilizará solo para compartirla entre ellos o según lo permita la ley. Puedo negarme a que se siga compartiendo la información y puedo solicitar que se bloquee el registro CAIR2 completando el formulario en línea [Solicitar que se bloquee mi registro CAIR](#).

DOY MI CONSENTIMIENTO para que el menor mencionado en la parte superior de este formulario reciba la vacuna contra el COVID-19. He leído y estoy de acuerdo con la información que se incluye en este formulario.

Nombre (apellido, nombre y segundo nombre)

Firma

Fecha

Dirección si es diferente de la anterior

Número de teléfono si es diferente del anterior

Relación con el menor