



## Consentimiento para la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 Para personas menores de 18 años

Me han entregado una copia y he leído, o me han explicado, la información contenida en la Hoja de datos del destinatario de la Autorización de uso de emergencia (EUA) de la FDA para la vacuna Pfizer COVID-19 para personas mayores de 12 años:

<https://www.fda.gov/media/144414/download>

1. Revisé este formulario de consentimiento y comprendo los riesgos y beneficios de la vacuna Pfizer.
2. Tengo la autoridad legal para dar mi consentimiento para que el menor nombrado a continuación sea vacunado con la Vacuna Pfizer.
3. Entiendo que no estoy obligado a acompañar al menor nombrado a continuación a la cita de vacunación y, al dar mi consentimiento a continuación, el menor recibirá la Vacuna Pfizer esté o no presente en la cita de vacunación.
4. Al firmar a continuación, reconozco que he sido informado del Aviso de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud Pública del Condado de Santa Bárbara. Está disponible en <https://countyofsb.org/ceo/hipaanoticesofprivacy.sbc>. Proporciona información sobre cómo el Departamento de Salud Pública del Condado de Santa Bárbara usa y divulga información médica protegida.
5. Entiendo que la ley estatal requiere (Código de Salud y Seguridad, § 120440) que todas las vacunas se reporten al Registro de Vacunas de California (CAIR2). Entiendo que la información en el 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 compartir entre ellos o según lo permita la ley. Puedo negarme a permitir que la información se comparta más y puedo solicitar que se bloquee el registro CAIR2 visitando el formulario web [Request to Lock My CAIR Record](#) para bloquear el registro.

Al proporcionar mi número de teléfono celular y / o dirección de correo electrónico a continuación, doy permiso al Departamento de Salud Pública del Condado de Santa Bárbara y a los socios de vacunación participantes para que se comuniquen conmigo con respecto a recordatorios importantes de vacunas.

Por Favor llene las dos páginas, firme y escriba la fecha.

<b>Apellido:</b> _____ <b>Fecha de Nacimiento:</b> _____ <i>mm/dd/yyyy</i> <b>Apellido de padre/guardián legal:</b> _____ <b>Correo electrónico:</b> _____ <b>Domicilio:</b> _____ <b>Código Postal:</b> _____	<b>Nombre:</b> _____ <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro <b>Género:</b> <b>Nombre de padre/guardián legal:</b> _____ <b>Número de teléfono:</b> _____ <b>Ciudad:</b> _____
--	--



<b>Preguntas de evaluación</b> <b>Por favor responda a las siguientes preguntas (marque uno)</b>		
1	¿Ha recibido una vacuna de COVID-19? ¿Si sí, qué marca de vacuna recibió? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen (Johnson&Johnson)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2	¿Se siente enfermo(a) hoy?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3	¿Ha tenido una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia, urticaria, hinchazón o dificultad respiratoria) a una vacuna COVID-19, un componente de la vacuna COVID-19 (incluido el polietilenglicol (PEG) que se encuentra en algunos medicamentos, como laxantes y preparaciones para procedimientos de colonoscopia?) o polisorbato?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4	¿Ha tenido una reacción alérgica (por ejemplo, anafilaxia) a otra vacuna (que no sea la vacuna COVID-19) o cualquier otro medicamento inyectable? Incluye tratamiento con un Epi pen, tratamiento en el hospital, urticaria, hinchazón o dificultad respiratoria, incluidas sibilancias.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5	¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a algo que no sea un componente de la vacuna COVID-19, polisorbato o alguna vacuna o medicamento inyectable? Esto incluiría alergias a los alimentos, las mascotas, el medio ambiente o los medicamentos orales.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6	¿Ha recibido otra vacuna en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7	¿Ha tenido una prueba de COVID-19 positiva o un médico le ha dicho alguna vez que tiene COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8	¿Ha recibido terapia con anticuerpos pasivos (anticuerpos monoclonales o suero de convalecencia) como tratamiento para COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9	¿Tiene un sistema inmunológico debilitado causado por algo como una infección de VIH o cáncer o toma medicamentos o terapias inmunosupresoras?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10	¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11	¿Está embarazada o en periodo de lactancia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Doy mi consentimiento para que el niño nombrado a continuación se vacune con la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 y he revisado y estoy de acuerdo con la información incluida en este formulario.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o guardián lega

\_\_\_\_\_  
Fecha