

CONSENTIMIENTO VOLUNTARIO PARA LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 PARA MI HIJO MENOR:

Entiendo que la COVID-19 puede tener complicaciones graves y potencialmente mortales (<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/sintomas-test/sntomas.html>), y no hay forma de saber cómo me afectará la COVID-19. Además, entiendo que una vacuna contra la COVID-19 puede ayudarme a evitar que me enferme gravemente, incluso si me llegara a infectar con COVID-19.

He revisado los datos específicos de la AUTORIZACIÓN DE USO DE EMERGENCIA (EUA, por sus siglas en inglés) de mi vacuna o se me ha explicado su contenido, incluidos los beneficios, los riesgos comunes y más frecuentes de recibir esta vacuna, y las alternativas, según la información disponible actualmente. Es posible que necesite una o dos inyecciones, según el tipo de vacuna contra la COVID-19 que reciba. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, las cuales han sido respondidas satisfactoriamente. Acepto permanecer en el lugar de vacunación durante al menos 15 minutos después de vacunarme, por en caso de que se presentara una reacción adversa.

Entiendo que:

- Esta vacuna está autorizada para su uso bajo la autorización de uso de emergencia (EUA) emitida por la Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU. (FDA). Según una EUA, la FDA puede permitir el uso de productos médicos no aprobados, o usos no aprobados de productos médicos aprobados, en casos de una emergencia para diagnosticar, tratar o prevenir enfermedades o afecciones graves o potencialmente mortales bajo el cumplimiento de ciertos criterios legales, tales como la indisponibilidad de alternativas adecuadas, aprobadas y disponibles.
- No está claro cuánto tiempo pueden durar los posibles beneficios de la vacuna. Se necesita investigación adicional para responder a esta pregunta.
- Incluso con la vacuna, todavía puedo enfermarme de la COVID-19 y puedo transmitir el virus a otras personas.

Entiendo y reconozco que el registro de la administración de esta vacuna se notificará a los organismos reguladores estatales y federales en conformidad con los informes para la administración del inventario y el uso del suministro de vacunas de las reservas nacionales. **Precauciones / contraindicaciones:** (Es posible que la vacuna no se administre dependiendo de sus respuestas)

¿Tiene fiebre o se siente mal el día de hoy?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí - postergue hasta que se sienta mejor.
¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra la COVID-19?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí - asegúrese de que reciba la misma vacuna y que haya pasado el intervalo de tiempo apropiado.
¿Tiene un historial de reacción alérgica grave (por ejemplo: anafilaxia) a cualquier componente de esta vacuna?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí - ALTO NO se vacune
¿Tiene un historial de reacción alérgica grave (por ejemplo: anafilaxia) a otra vacuna (que no incluye esta vacuna)?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí - requiere estar en observación durante 30 minutos.
¿Tiene un historial de reacciones alérgicas grave (por ejemplo: anafilaxia)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí - requiere estar en observación durante 30 minutos.
Historial de otras reacciones alérgicas severas (por ejemplo: anafilaxia) por cualquier motivo.	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí - requiere estar en observación durante 30 minutos.
¿Ha recibido otra vacuna en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí - ALTO NO vacune durante 14 días a partir de la última fecha de vacunación.

Nombre del menor (letra clara): _____

Fecha de nacimiento: _____

Consentimiento del padre o tutor (nombre en letra de imprenta): _____

Firma del consentimiento del padre o tutor: _____ Fecha del día de hoy: _____