



Pfizer-BioNTech Vacunación COVID-19 Forma de Consentimiento Para Menores

Antes de que pueda recibir la vacuna Pfizer COVID-19, necesitamos que su padre, madre, o guardián/tutor dé su consentimiento. Ellos **DEBEN** llenar la siguiente forma de consentimiento y firmar su nombre. Usted **NO PUEDE** dar su consentimiento a este servicio por su cuenta a menos de que sea un menor emancipado o se encuentre bajo otra excepción. Puede enviarlos al [Registro de Citas de Vacunas en Línea del Condado de Alameda \(bit.ly/ALCoSignUp\)](https://bit.ly/ALCoSignUp) o hacer que firmen la parte inferior de esta página.

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN Y PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL REGISTRO DE VACUNACIÓN

He leído la [Hoja Informativa Para Destinatarios y Cuidadores](#) (EUA, por sus siglas en Inglés) de Pfizer. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido respondidas.

Firmando a continuación:

1. Entiendo los riesgos y beneficios de la Vacuna Pfizer COVID-19 y solicito que se le dé a este menor.
2. Tengo la autoridad legal para consentir que este menor sea vacunado con la Vacuna Pfizer COVID-19.
3. Entiendo que no estoy obligado a acompañar al menor a la cita de vacunación y, al dar mi consentimiento, el menor recibirá la Vacuna Pfizer COVID-19, esté yo presente o no en la cita de vacunación.
4. Entiendo que la Vacuna Pfizer COVID-19 es de 2 dosis administradas 21 días después de la primera dosis, y el menor tendrá que volver para su segunda dosis.
5. Entiendo que, al dar mi consentimiento, la información del menor puede ser reportada o compartida con las agencias gubernamentales federales, estatales, y locales aplicables según lo exija la ley.
6. También entiendo que según lo requiere la ley estatal (Código de Salud y Seguridad, § 120440), todas las inmunizaciones serán reportadas al Registro de Inmunización de California (CAIR2, por sus siglas en Inglés). Entiendo que la información en el registro CAIR2 del niño 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 sí o según lo permita la ley. Puedo negarme a permitir que la información se comparta aún más y puedo solicitar que el registro CAIR2 se bloquee visitando la forma web [Solicitud para Bloquear mi Registro en CAIR](#).

Esta exención liga a un participante menor de edad si es acordado por su padre, madre, o guardián legal.

Firma del Padre, Madre, o Guardián Legal Dando Consentimiento Para Menor

Yo _____ soy el padre/madre/guardián legal de
Nombre Completo del Padre/Madre/Guardián

_____, nacido _____.
Nombre Completo del Menor (Mes, Día, Año: MM-DD-AAAA)

Número de teléfono del padre/madre/guardián: _____

Correo electrónico del padre/madre/guardián: _____

Firma del padre, madre, guardián, o tomador de decisiones médicas autorizado