



ENGLEWOOD HEALTH

Formulario de consentimiento para menores de edad que reciben la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech

Nombre del niño/a: _____
APELLIDO PRIMER NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): _____

Dirección: _____
CALLE

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

Número de teléfono (padre/madre/tutor legal): _____
RESIDENCIAL CELULAR

Información sobre los riesgos y beneficios de la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech

La vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech puede evitar que la persona vacunada contraiga el virus. No existe una vacuna aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de EE. UU. para prevenir el COVID-19. Sin embargo, la FDA ha autorizado el uso de emergencia de la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech para prevenir el COVID-19 en personas de 12 años y mayor en virtud de una Autorización de Uso de Emergencia (EUA, por sus siglas en inglés). La vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech se administra en el músculo en una serie de 2 dosis, con un intervalo de 3 semanas.

Es posible que la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech no proteja a todas las personas. Los efectos secundarios de la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech que se han informado incluyen dolor en el lugar de la inyección, cansancio, dolor de cabeza, dolor muscular, escalofríos, dolor en las articulaciones, fiebre, hinchazón en el lugar de la inyección, enrojecimiento en el lugar de la inyección, náuseas, malestar e inflamación de los ganglios linfáticos. Existe la posibilidad remota de que la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech pueda causar una reacción alérgica grave. Una reacción alérgica grave podría producirse entre unos pocos minutos y una hora después de la administración de una dosis de la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech. Por esta razón, es posible que el proveedor de la vacuna le pida a la persona que la recibe que permanezca en el lugar donde recibió la vacuna para ser monitoreado después de la vacunación. Los signos de una reacción alérgica grave pueden incluir dificultad para respirar, hinchazón de la cara y la garganta, ritmo cardíaco acelerado o sarpullido intenso en todo el cuerpo.

La "Hoja informativa para receptores y cuidadores" de la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech está disponible en www.englewoodhealth.org/vaccine y en www.fda.gov/media/144414/download.

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN DE MENORES DE EDAD

He revisado la información sobre los riesgos y beneficios de la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech en la sección anterior y comprendo dichos riesgos y beneficios. Al dar mi consentimiento a continuación, reconozco que:

1. He revisado este formulario de consentimiento.
2. Tengo la autoridad legal para dar mi consentimiento para que el niño/a mencionado/a anteriormente sea vacunado con la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer- BioNTech.
3. 3. Comprendo que no es posible predecir todos los efectos secundarios o complicaciones posibles asociados con la administración de la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech. Comprendo los riesgos y beneficios asociados a la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech y he recibido, leído o me han explicado la "Hoja informativa para receptores y cuidadores", que incluye información más detallada sobre los posibles riesgos y beneficios de la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech. También reconozco que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que las mismas fueron respondidas a mi satisfacción.
4. Comprendo que no estoy obligado a acompañar al niño/a mencionado/a anteriormente a su cita de vacunación y que, al dar mi consentimiento a continuación, el niño/a recibirá la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech esté o no yo presente en la cita de vacunación.
5. Si tengo un seguro médico que cubre al niño/a mencionado/a anteriormente, doy permiso para que se le facturen a mi compañía de seguros los costos de la administración de la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer- BioNTech. El gobierno paga por la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech en sí y no se me facturará esa parte del costo de mi inmunización.
6. Comprendo que, tal como lo exige la ley estatal, todas las vacunas serán reportadas al Sistema de Información de Vacunación del Departamento de Salud de Nueva Jersey (NJHIS, por sus siglas en inglés). En caso de oponerme a que mis datos o los de mi familia se compartan con el NJHIS, puedo optar para que no se compartan visitando: <https://www.state.nj.us/health/forms/imm-47.pdf>
7. En nombre del paciente, sus herederos y sus representantes personales, por medio de la presente libero y eximo a cada uno de los Proveedores aplicables, su personal, agentes, sucesores, divisiones, filiales, subsidiarias, funcionarios, directores, contratistas y empleados de toda responsabilidad o reclamación, ya sea conocida o desconocida, que surja de, en conexión con, o de cualquier manera relacionada con la administración de la(s) vacuna(s) mencionada(s) anteriormente.

DOY MI CONSENTIMIENTO para que Englewood Health y el profesional de atención médica autorizado que administra la vacuna le administren la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech al niño/a mencionado/a en la parte superior de este formulario. He revisado y estoy de acuerdo con la información anterior. Este formulario de consentimiento se aplica a las dos dosis de la vacuna.

NOMBRE DEL PADRE, MADRE O REPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZADO

FIRMA

FECHA