

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. 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 (NJIS, por sus siglas en inglés). En caso de oponerme a que mis datos o los de mi familia se compartan con el NJIS, 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.

- Padre/Madre
 Otro representante legalmente autorizado

ESCRIBA CLARAMENTE EL NOMBRE DEL PADRE O REPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZADO

FIRMA

FECHA