



# CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR LA VACUNA CONTRA EL COVID-19 PARA PERSONAS MENORES DE 17 AÑOS

Sección 1 – Información del menor de edad que recibirá la vacuna (por favor, escriba en letra imprenta):			
Apellido del menor	Primer Nombre del Menor	Segundo Nombre del Menor	
Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	Edad del Menor	Peso del Menor	Número de Teléfono del Padre/Tutor
Domicilio, Ciudad, Estado, Código Postal			Correo Electrónico del Padre/Tutor

Apellido de Soltera de la Madre (Apellido, Nombre)			
Género: (Marque uno)		Raza: (Marque uno)	
<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Indioamericano	<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska
<input type="checkbox"/> No binario		<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái	<input type="checkbox"/> Otras islas del Pacífico
<input type="checkbox"/> Desconocido/No Especificado		<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Otro
			<input type="checkbox"/> Asiático
			<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano
			<input type="checkbox"/> Desconocido/No Especificado

Sección 2 – Cuestionario antes de recibir de la vacuna COVID-19	SÍ	NO	NO SÉ
1. ¿El menor se siente enfermo hoy? (es decir, fiebre, escalofríos, tos, falta de aire, dificultad para respirar, fatiga, dolor corporal o muscular, dolor de cabeza, pérdida del gusto u olfato, dolor de garganta, náuseas, vómito o diarrea)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿En los últimos 10 días, el menor recibió una prueba del COVID-19 con un resultado positivo o está actualmente siendo monitoreado a causa de la infección del COVID-19 (por ejemplo, está en cuarentena)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. El menor ha tenido una reacción alérgica a un componente de la vacuna COVID-19, que incluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plietilenglicón (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como laxantes y preparaciones para procedimientos de colonoscopia</li> <li>• Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, tabletas cubiertas con una capa fina y esteroides intravenosos</li> <li>• Una dosis previa de la vacuna COVID-19</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Anteriormente, ha tenido el menor una reacción alérgica a otra vacuna o medicamento inyectable? (Esto incluye una reacción alérgica grave [por ejemplo, anafilaxia] que requirió tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que lo llevó al hospital. También incluye una reacción alérgica que causó urticaria, hinchazón o dificultad respiratoria, incluyendo sibilancias.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Marque todo lo que corresponda al menor que recibirá la vacuna:			
<input type="checkbox"/> Masculino entre 12 y 39 años de edad <input type="checkbox"/> Tiene antecedentes de miocarditis o pericarditis <input type="checkbox"/> Tuvo una reacción alérgica grave a algo que no era una vacuna o un tratamiento inyectable, como alergias a alimentos, mascotas, venenos, medioambiente o medicamentos orales <input type="checkbox"/> Tenía COVID-19 y fue tratado con monoclonal anticuerpos o suero de convalecencia <input type="checkbox"/> Diagnosticado con síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) después de una infección de COVID-19 <input type="checkbox"/> Tiene historial de trombosis con trombocitopenia (TTS) después de recibir la vacuna con adenovirus (por ejemplo, las vacunas contra COVID-19 Johnson & Johnson, Astrazeneca o Sputnik)	<input type="checkbox"/> Tiene un trastorno hemorrágico <input type="checkbox"/> Toma un anticoagulante <input type="checkbox"/> Tiene un sistema inmunológico debilitado (como infección de VIH, cáncer) o toma medicamentos o terapias inmunosupresoras <input type="checkbox"/> Tiene antecedentes de trombocitopenia inducida por heparina (TIH) <input type="checkbox"/> Está embarazada o amamantando actualmente <input type="checkbox"/> Ha recibido rellenos dérmicos <input type="checkbox"/> Historia del síndrome de Guillain-Barré (GBS) <input type="checkbox"/> Ha recibido un trasplante de células hematopoyéticas (HCT) o terapias de células CAR-T antes o durante la vacuna de COVID-19		

**Nota: Continúe en la página 2.**

FOR OFFICE USE ONLY – SARS CoV-2 VACCINATION RECORD	
COVID-19 Vaccine: Primary Series: <input type="checkbox"/> Dose 1 <input type="checkbox"/> Dose 2 <input type="checkbox"/> Dose 3 <input type="checkbox"/> Dose 4 Bivalent Booster: <input type="checkbox"/> Dose 1	Date Administered:
Manufacturer: <input type="checkbox"/> Pfizer Maroon Cap (6 months-4 years) <input type="checkbox"/> Pfizer Orange Cap (5-11 years) <input type="checkbox"/> Pfizer Gray Cap (12 years +) <input type="checkbox"/> Novavax	Dose: _____ mL    Route: Intramuscular (IM)
Expiration Date: _____ Lot #: _____	Site: <input type="checkbox"/> Left Deltoid <input type="checkbox"/> Right Deltoid <input type="checkbox"/> Left Anterolateral Thigh <input type="checkbox"/> Right Anterolateral Thigh
EUA Fact Sheet or VIS Given: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Vaccine Administered By Name (please print): Signature: _____
VIS Date: _____	Title: <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> LVN <input type="checkbox"/> Pharmacist <input type="checkbox"/> _____

### Sección 3 – Información de la vacuna contra el COVID-19

- La vacuna COVID-19 está autorizada para su uso a través de una autorización de uso totalmente aprobada o de emergencia (EUA) emitida por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
- La vacuna Comirnaty autorizada por la FDA (vacuna COVID-19, ARNm) y la vacuna COVID-19 autorizada por la FDA tienen la misma formulación y pueden usarse indistintamente para dar una serie de vacunación COVID-19.
- La vacuna COVID-19 ha demostrado ser eficaz para ayudar a proteger contra enfermedades graves y la muerte causada por el SARS CoV-2.
- Todas las vacunas tienen riesgos y efectos secundarios y puede haber otros riesgos que aún no se conocen.

#### INFORMACIÓN SOBRE LA VACUNA COVID-19

	GRUPO DE EDAD AUTORIZADO	SERIE PRIMARIA	INTERVALO	HOJA INFORMATIVA
<input type="checkbox"/>	<b>Pfizer-BioNTech</b> <b>12 años de edad o más</b> <b>(Serie primaria y refuerzo bivalente)</b>	<b>2 dosis</b>	<b>3 a 8 semanas</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>Pfizer-BioNTech</b> <b>5 a 11 años de edad</b>	<b>2 dosis</b>	<b>3 a 8 semanas</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>Pfizer-BioNTech</b> <b>6 meses a 4 años de edad</b>	<b>3 dosis</b>	<b>Dosis 1 a 2 (21 días)</b> <b>Dosis 2 a 3 (8 semanas)</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>Novavax</b> <b>12 años de edad o más</b>	<b>2 dosis</b>	<b>3 a 8 semanas</b>	

**Nota:** Después de completar la serie primaria, las personas pueden ser elegibles para un refuerzo o una dosis adicional.

### Sección 4 – Consentimiento

He revisado la información sobre la vacuna COVID-19 en la Sección 2 en la página 1. Entiendo y acepto que:

- Tuve la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas de manera satisfactoria.
- Tengo la autoridad legal para dar mi consentimiento para que el niño mencionado en la sección 1 sea vacunado con la vacuna COVID-19. Los niños menores de 17 años pueden recibir la vacuna COVID-19 solo con la presencia de un padre o tutor legal.
- El menor debe permanecer en la clínica durante 15 minutos después de haber recibido la vacuna o 30 minutos si tiene antecedentes de reacciones anafilácticas u otros factores de riesgo.
- Entiendo que de acuerdo con la ley estatal (Código de Salud y Seguridad, § 120440), todas las vacunaciones se reportarán en el Registro de Vacunación de California (CAIR2). Entiendo que la información en el registro CAIR2 del niño se compartirá con el departamento de salud local y con el Departamento de Salud Pública del Estado.
- La información será tratada como información médica confidencial y se utilizará solo para compartirla entre estas agencias o de acuerdo con la legislación. Puedo negarme a permitir que la información se siga compartiendo y puedo solicitar que se cierre el registro CAIR2 visitando la página de internet [Solicitud para cerrar mi Registro CAIR](#).
- Al firmar este formulario, doy permiso al Condado de San Bernardino y al proveedor socio de vacunación para que se comuniquen conmigo con respecto a los recordatorios de la vacuna COVID-19 y el acceso a los registros de vacunación electrónicos del niño.
- No tendré que pagar ni la vacuna COVID-19 ni el costo de la administración de la vacuna. Si tengo seguro médico, se le recopilará una copia de su información y entiendo que se le puede facturar a mi compañía de seguros por los costos de la administración de la vacuna y se recopilará una copia de su seguro médico.

- Al marcar la casilla, doy mi consentimiento para que el niño nombrado en la sección 1 de este formulario sea vacunado con la vacuna COVID-19.** Libero al Condado de San Bernardino, sus empleados y representantes de cualquier responsabilidad o responsabilidad adicional con respecto a recibir la vacuna.

### Sección 5 – Información de los padres o tutores y firma de consentimiento

Apellido del Padre/Tutor	Nombre del Padre/Tutor	Segundo Nombre del Padre/Tutor
Firma del Padre/Tutor	Parentesco del Padre/Tutor con el Menor	Fecha

Domicilio (si es diferente a la anterior)

### SOLO PARA AUTODECLARACIÓN DE EMANCIPACIÓN

- Al marcar esta casilla, declaro de que soy un menor emancipado legalmente, casado o fui casado anteriormente.

Firma del Menor Emancipado	Fecha
----------------------------	-------