

Formulario de consentimiento de los padres o tutores Vacuna Pfizer Covid-19 para personas de 12 a 14 años

Esta información es para la persona que recibe la vacuna:

APELLIDO:

NOMBRE:

FDN:

Autorización de uso de emergencia

La FDA ha hecho que la vacuna COVID-19 de Pfizer esté disponible bajo una autorización de uso de emergencia (AUE). La AUE se utiliza cuando existen circunstancias que justifican el uso de emergencia de medicamentos y productos biológicos durante una emergencia, como la pandemia de COVID-19. Esta vacuna no ha completado el mismo tipo de revisión que una vacuna aprobada o autorizada por la FDA. Sin embargo, la decisión de la FDA de hacer que la vacuna esté disponible bajo una AUE se basa en la existencia de una emergencia de salud pública y en la totalidad de la evidencia científica disponible, mostrando que los beneficios conocidos y potenciales de la vacuna superan los riesgos conocidos y potenciales.

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

La "Hoja informativa para receptores y cuidadores" de la vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNTech (Pfizer) está disponible en <https://www.fda.gov/media/144414/download>.

Padre o tutor

He revisado la información sobre los riesgos y beneficios de la Vacuna COVID-19 de Pfizer que aparece arriba y entiendo los riesgos y beneficios. Al dar mi consentimiento a continuación, acepto que:

1. He revisado este formulario de consentimiento y entiendo que la "Hoja informativa para receptores y cuidadores" incluye información más detallada sobre los posibles riesgos y beneficios de la Vacuna Pfizer COVID-19.
2. Tengo la autoridad legal para consentir en nombre del niño/menor nombrado arriba a recibir la Vacuna Pfizer COVID-19.
3. Entiendo que no estoy obligado a acompañar al niño/menor nombrado arriba a su cita de vacunación y que, al dar mi consentimiento a continuación, el niño/menor recibirá la Vacuna Pfizer COVID-19 esté o no presente en la cita de vacunación.
4. Entiendo que se requiere una segunda dosis de la vacuna Pfizer para completar la serie.
5. He completado el Formulario de Reconocimiento de la Administración de Vacunas de Virginia García para el niño/menor nombrado arriba, y entiendo que estos formularios deben ser completados para ambas dosis de vacunas.

Doy mi consentimiento para que el niño/menor nombrado en la parte superior de este formulario sea vacunado con la vacuna Pfizer COVID-19 de dos dosis y he revisado y estoy de acuerdo con la información incluida en este formulario. El alcance de este consentimiento incluye la administración de la vacuna, la discusión con un proveedor si se solicita, el cuidado y los tratamientos inmediatamente después de la administración según sea necesario (si este consentimiento no está firmado, fechado y devuelto, el niño/menor no será vacunado).

Nombre escrito

Relación con el menor

Firma

Fecha

Aviso: Según la ley de Oregón, los menores de 15 años o más pueden dar su consentimiento para recibir tratamiento médico, incluidas las vacunas, cuando lo proporciona un médico, un asistente médico, un naturalista, un enfermero o un dentista.