



COVID-19 Formulario de consentimiento de vacunación para menores de 18 años

NOMBRE DEL RECIPIENTE (Apellido)		(Primer Nombre)	(M.I.)	FECHA DE NACIMIENTO	
				Mes	día año
DIRECCIÓN CIUDAD	ESTADO	ZIP	EMAIL		
Padre/tutor legal (Apellido)			Padre/tutor legal (Primer Nombre)		(Inicial del segundo nombre)

La FDA ha puesto a disposición la vacuna COVID-19 bajo una autorización de uso de emergencia (EUA). La EUA 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 revisiones que un producto aprobado o autorizado por la FDA. Sin embargo, la decisión de la FDA de hacer que la vacuna esté disponible bajo una EUA se basa en la existencia de una emergencia de salud pública y en la totalidad de las pruebas científicas disponibles, mostrando que los beneficios conocidos o potenciales de la vacuna superan los riesgos conocidos y potenciales.

Consentimiento

Certifico que soy el padre o tutor legal del paciente. Comprendo los riesgos y beneficios asociados a la(s) vacuna(s) mencionada(s) y he recibido, leído y/o me han explicado la hoja informativa de la AEU. También reconozco que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que dichas preguntas fueron respondidas a mi satisfacción.

En mi nombre y en el de mi dependiente, por la presente libero y eximo de responsabilidad al Proveedor correspondiente, su personal, agentes, sucesores, divisiones, afiliados, subsidiarios, funcionarios, directores, contratistas y empleados de toda responsabilidad o reclamo, ya sea conocido o desconocido, que surja de, en conexión con, o de cualquier manera relacionado con la administración de la(s) vacuna(s) mencionada(s). Reconozco que entiendo los propósitos/beneficios del registro de inmunización de mi estado ("Registro Estatal") y que el Proveedor puede revelar mi información de inmunización al Registro Estatal. Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para que el Proveedor reporte la información de inmunización al Registro Estatal.

Entiendo que esta vacuna no tendrá ningún costo. Entiendo que cualquier dinero o beneficio por la administración de la(s) vacuna(s) será asignado y transferido al proveedor de la vacunación, incluyendo los beneficios/montos de mi plan de seguro médico, Medicare, Medicaid u otras partes que sean financieramente responsables de mi atención médica. Autorizo la divulgación de toda la información necesaria (incluyendo, pero sin limitarse a, copias de reclamaciones y facturas detalladas) para verificar el pago. AMI sólo facilita la entrega de la vacuna al individuo y no es/ será responsable del resultado de la vacuna, incluyendo cualquier reacción adversa a la misma.

Firma del padre/tutor	Fecha	Nombre en letra de molde	Relación con el paciente