

# Consentimiento de vacuna contra la COVID-19 para menores de 18 años

**Sección 1:** Información sobre el menor que recibirá la vacuna contra la COVID-19 (complete en letra de imprenta):

---

Nombre del menor (apellido, nombre y segundo nombre) Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) Edad

---

Dirección Ciudad Estado Código postal

---

Número de teléfono

**Sección 2:** Información sobre los riesgos y los beneficios de la vacuna contra la COVID-19 (vacuna de Pfizer y vacuna de Moderna).

La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos ha autorizado el uso de emergencia de la vacuna de Pfizer y la vacuna de Moderna para prevenir la COVID-19 en mayores de 6 meses. La FDA aún no ha aprobado la autorización de la vacuna para prevenir la COVID-19 para menores de 16 años. Lea las Hojas de información para receptores y cuidadores publicadas en el sitio web de la FDA de los Estados Unidos para obtener más información sobre los riesgos, los beneficios y los efectos secundarios de la [vacuna de Pfizer](#) y la [vacuna de Moderna](#). Hay diferentes hojas de información para distintos grupos etarios.

**Sección 3:** Consentimiento.

He leído la información sobre los riesgos y los beneficios de las vacunas contra la COVID-19 en la Sección 2 anterior y entiendo los riesgos y los beneficios. Estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. He leído este formulario de consentimiento y he leído y entiendo la "Hoja de información para receptores y cuidadores" sobre los posibles riesgos y beneficios de la vacuna de Pfizer y la vacuna de Moderna.
2. Tengo la autoridad legal para autorizar que se vacune al menor mencionado anteriormente con la vacuna de Pfizer o la vacuna de Moderna.
3. Entiendo que no estoy obligado a acompañar al menor mencionado anteriormente a la cita de vacunación y que, al dar mi consentimiento a continuación, el menor recibirá la vacuna de Pfizer o la vacuna de Moderna independientemente de que yo esté presente o no en la cita de vacunación.
4. Entiendo que, tal como lo exige la ley estatal (artículo 120440 del Código de Salud y Seguridad), todas las inmunizaciones se informarán al Registro de Inmunizaciones de California (CAIR2). Entiendo que la información del registro CAIR2 del menor se compartirá con el departamento de salud local y el Departamento de Salud Pública del Estado, se tratará como información médica confidencial y se utilizará solo para compartirla entre ellos o según lo permita la ley. Puedo negarme a que se siga compartiendo la información y puedo solicitar que se bloquee el registro CAIR2 completando el formulario en línea [Solicitar que se bloquee mi registro CAIR](#).

DOY MI CONSENTIMIENTO para que el menor mencionado en la parte superior de este formulario reciba la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer o Moderna. He leído y estoy de acuerdo con la información que se incluye en este formulario.

---

Nombre (apellido, nombre y segundo nombre)

---

Firma

Fecha

---

Dirección si es diferente de la anterior

---

Número de teléfono si es diferente del anterior

Relación con el menor