

**CONSENTIMIENTO PARA VACUNA COVID-19 Y TRATAMIENTO RELACIONADO PARA MENOR DE EDAD EN
AUSENCIA DE PADRES O GUARDIAN
LUGAR DE VACUNACION: BOYS AND GIRLS CLUB, CLIFTON, NJ**

Consentimiento por escrito es necesario para menores de 18 cuando no esta presente el padre/madre/guardian legal.

Nombre y apellido del menor:	Fecha de nacimiento del menor:
Direccion del menor:	
Contacto de emergencia: Nombre: _____ Indicar relacion: Telefono: _____	

Yo soy : El papa o mam del menor Guardian legal del menor
 Otra personal con la autoridad legal de formar deciciones en beneficio del menor, describa la relacion:

Yo como el adulto afirma lo seiguiente:

- El menor tiene 12 anos o mas.
- Yo tengo la autoridad legal para dar consentimiento a la administracion de vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 a este menor paciente
- Yo entiendo que U.S. Food and Drug Administration ("FDA") ha autorizado el uso por emergency a la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19, por lo que no es vacuna aprobado del FDA.
- Yo he recibido acceso a informacion y he leido acerca de Vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 EUA "Hoja Informativa Para receptores y proveedores de cuidado." (Leer <https://www.fda.gov/media/144625/download> or scanear el codigo debajo).
- Yo entiendo los potenciales riesgos y beneficios Pfizer-BioNTech (Vacuna contra el Covid-19) y el hasta donde los riesgos y beneficios sean conocidos
- Yo entiendo que tengo la opcion de aceptar o rehusar la Vacuna contra Covid-19Pfizer-BioNTechcomo representante del paciente menor
- Yo entiendo que laVacuna contra Covid-19 Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine es una serie de 2 partes.
- Yo doy mi consentimiento y autorizacion para que el menor reciba todo tratamiento necesario relacionado a la vacuna en el caso raro que le menor tenga una reaccion a la vacuna como, incluyendo pero no limitado a picazon, hinchazon, desmayo, anafilaxis, y otras reacciones.

El menor patient y yo estamos de acuerdo que el menor se quede el tiempo requerido de observacion en la zona determinada para observar a pacientes despued de la administracion de la vacuna.

- Yo doy mi consentimiento a 2 dosis de Pfizer-BioNTech COVID-19 Vacuna separadas por 3 semanas al paciente menor.

Nombre del padre, madre, guardian, o persona autorizada

Fecha

Firma de padre, madre, guardia o persona autorizada

Fecha

