

# Consentimiento de la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 para individuos menores de 18 años

Sección 1: Información sobre el niño que recibe la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19  
(letra de imprenta):

---

Nombre del niño (apellido, primer y segundo nombre) Nacimiento (mm/dd/aaaa) Edad

---

Calle Ciudad Estado Código Postal

---

Teléfono

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

En la actualidad, la Administración de Drogas y Alimentos de EE. UU. ha autorizado el uso de emergencia de la vacuna Pfizer en individuos de 5 años en adelante. La FDA aún no ha aprobado la licencia de la vacuna para prevenir COVID-19 en menores. Para más información sobre los riesgos, beneficios y efectos secundarios de la vacuna Pfizer, lee la [Hoja de datos para destinatarios y cuidadores](#) de la Administración de Drogas y Alimentos—aquí está la versión específica para [los destinatarios de la vacuna de 5 a 11](#), y aquí está la versión para los [menores de 12 a 17 años](#).

Sección 3: Consentimiento

He revisado la información sobre los riesgos y beneficios de la vacuna Pfizer en la previa sección 2 y entiendo los riesgos y beneficios. Estoy de acuerdo en que:

1. Revisé el consentimiento y leí y entendí la “Hoja de datos para destinatarios y cuidadores” sobre los posibles riesgos y beneficios de la vacuna Pfizer.
2. Tengo la autoridad legal para autorizar que el niño previamente mencionado reciba la vacuna Pfizer.
3. Entiendo que no es un requisito acompañar al mencionado niño a su cita de vacunación y, al dar el siguiente consentimiento, el niño recibirá la vacuna Pfizer, esté yo presente o no en la cita de vacunación.
4. Entiendo que la ley estatal (Código de Salud y Seguridad, § 120440) requiere que todas las inmunizaciones sean reportadas al Registro de Inmunización de California (CAIR2).
5. Entiendo que la información del niño en el registro CAIR2 será compartida con los departamentos de salud locales y el Departamento de Salud Pública de CA, como información médica confidencial, y sólo será utilizada para compartir mutuamente o como lo permita la ley. Puedo negarme a permitir que dicha información sea compartida posteriormente y puedo pedir que se bloquee el registro de CAIR2 completando el formulario del internet [Pedido para bloquear mi registro CAIR](#).

YO CONSIENTO que el niño mencionado al comienzo de este formulario reciba la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 y he revisado y estoy de acuerdo con la información incluida en este formulario.

---

Nombre (apellido, primer y segundo nombre)

---

Firma

Fecha

---

Dirección( de ser diferente a la previa)

---

Teléfono (de ser diferente al previo)