

# Formulario de consentimiento y evaluación para menores de Pfizer

En letra de imprenta

## Sección 1: Información del menor que recibe la vacuna

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Sexo:**  Masculino  Femenino  \_\_\_\_\_

**Raza:**

Indígena norteamericana o nativo de Alaska

Negro o afroamericano

Asiática

Blanca

Nativo hawaiano

Otra raza

Otro isleño del Pacífico

**Origen étnico:**  Ni hispano ni latino  Hispano o latino

**Lengua materna:**  Inglés  Español  Otra: \_\_\_\_\_

## Sección 2: Cuestionario de evaluación para el menor que recibe la vacuna

¿Se siente enfermo el día de hoy? **SÍ**  **NO**

¿Ha recibido terapia de anticuerpos para COVID-19 en los últimos 90 días? **SÍ**  **NO**

¿Le han diagnosticado síndrome inflamatorio multisistémico en niños (Multisystem Inflammatory Syndrome in Children, MIS-C)? **SÍ**  **NO**

¿Ha sufrido una reacción alérgica grave o con riesgo de vida, como urticaria, o dificultad para respirar debido a *cualquier* vacuna o inyección? **SÍ**  **NO**

¿Le han administrado alguna vacuna en los últimos 14 días? (Incluida la vacuna antigripal) **SÍ**  **NO**

¿Está embarazada o en período de lactancia, o considera quedar embarazada? **SÍ**  **NO**

¿Tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o ha sufrido alguna enfermedad autoinmune o alguna afección que debilite el sistema inmunitario? **SÍ**  **NO**

¿Toma alguna medicación que afecte su sistema inmunitario, como esteroides, medicamentos contra el cáncer o ha recibido radioterapia? **SÍ**  **NO**

### Autorización de uso urgente

La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) ha puesto a disposición la vacuna contra el COVID-19 conforme a una autorización de uso urgente (emergency use authorization, EUA). La autorización de uso urgente se utiliza cuando existen circunstancias que justifican el uso de medicamentos y productos biológicos durante una emergencia, como lo es la pandemia del COVID-19. Esta vacuna no ha completado el mismo tipo de revisión que una vacuna con licencia o aprobada por la FDA. Sin embargo, la decisión de la FDA de poner la vacuna a disposición bajo una autorización de uso urgente se basa en la existencia de una emergencia de salud pública y en que la totalidad de la evidencia científica disponible demuestra que los beneficios potenciales y ya conocidos de la vacuna son mayores que los riesgos.

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

La “Hoja de datos para personas que reciben la vacuna y cuidadores” sobre la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech (Pfizer) está disponible en <https://www.fda.gov/media/144414/download>.

### Consentimiento sobre la vacunación de menores para padres o tutores

He revisado la información anterior sobre los riesgos y los beneficios de la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer y los comprendo. Al otorgar mi consentimiento a continuación, acepto lo siguiente:

1. He revisado este formulario de consentimiento y comprendo que la “Hoja de datos para personas que reciben la vacuna y cuidadores” incluye información más detallada sobre los posibles riesgos y beneficios de la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer.
2. Tengo autoridad legal para otorgar consentimiento en nombre del niño/menor mencionado anteriormente de modo que reciba la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer.
3. Comprendo que quizás no se me exija acompañar a su cita de vacunación al niño/menor mencionado anteriormente, que, al otorgar mi consentimiento a continuación, recibirá la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer, independientemente de que yo esté presente o no.

**OTORGO MI CONSENTIMIENTO** para que el niño/menor mencionado en la parte superior de este formulario reciba las dos dosis de la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer, y he revisado y acepto la información aquí contenida. El alcance de este consentimiento incluye la administración de la vacuna, el análisis con un proveedor en caso de que se solicite, y el cuidado y el tratamiento inmediatamente posteriores a la administración en caso de ser necesario. (Si este consentimiento no se firma, fecha o no se presenta, no se podrá vacunar al niño/menor).

\_\_\_\_\_  
Relación con el menor

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

- Otorgamiento de consentimiento verbal (por teléfono o a través de otro medio). En este caso, la persona que obtiene el consentimiento verbal debe leer toda la información que se encuentra en la sección **Consentimiento sobre la vacunación de menores para padres o tutores** y registrar la **relación con el menor y el nombre en letra de imprenta**.

### PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL

#### Evaluación de elegibilidad para recibir la vacuna

La persona mencionada anteriormente, ¿ya ha recibido una vacuna contra el COVID-19?  Sí  No

Si respondió que sí, indique el tipo de vacuna contra el COVID-19 que recibió:

Pfizer  Moderna  Astra Zeneca  Johnson & Johnson  Otro producto: \_\_\_\_\_

Fecha en que se le

administró la primera dosis: Mes: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

#### Administración de la vacuna: A completar por el personal de vacunación

Vacuna que se administró: \_\_\_\_\_  Dosis N.º1  Dosis N.º2  Dosis N.º3

Número de lote: \_\_\_\_\_ Fecha de  
vencimiento: \_\_\_\_\_  
Nombre de la persona que administró la  
vacuna (*en letra de imprenta*): \_\_\_\_\_

Lugar donde se  Deltoides izquierdo  
colocó la inyección:  Deltoides derecho  
Lugar en que se  
administró: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha y hora: \_\_\_\_\_