

**Vacuna COVID-19  
Formulario de consentimiento de  
menores**

**Sección 1: Información personal del paciente menor (en letra de imprenta)**

<b>NOMBRE DEL PACIENTE</b> (Apellido)	(Nombre)	(Inicial del segundo nombre)
<b>FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE</b> Mes _____ Día _____ Año _____		
<b>NÚMERO DE TELÉFONO DEL PACIENTE</b>		

**Sección 2: Información personal del padre/guardian (en letra de imprenta)**

<b>NOMBRE DEL PADRE/GUARDIAN</b> (Apellido)	(Nombre)	(Inicial del segundo nombre)
<b>DIRECCIÓN</b>		
<b>NÚMERO DE TELÉFONO</b>	<b>RELACIÓN CON MENOR</b>	

**Sección 3: Consentimiento**

**CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN:**

- Se me ha ofrecido y he recibido la Hoja Para Pacientes y Padres/Cuidadores de la vacuna COVID-19.
- He leído o me han explicado la Hoja Informativa Para Pacientes y Padres/Cuidadores sobre la vacuna COVID-19 y comprendo los riesgos y beneficios.
- Entiendo que la vacuna COVID-19 ha sido aprobada por un proceso de autorización de uso de emergencia (EUA) y no ha sido completamente revisada o aprobada por la FDA.
- Entiendo los riesgos potenciales de la terapia, incluidas las reacciones alérgicas graves (anafilaxia). Otras reacciones adversas que se han informado incluyen dolor en el lugar de la inyección, fatiga, dolor de cabeza, dolor muscular, escalofríos, dolor en las articulaciones, fiebre, hinchazón en el lugar de la inyección, náuseas, malestar y linfadenopatía.
- Entiendo que puede haber otras opciones potenciales para prevenir COVID-19.
- Se me ofreció la oportunidad de hacer preguntas y todas las preguntas fueron respondidas.
- Acepto continuar recibiendo la vacuna COVID-19.

**DOY MI CONSENTIMIENTO** a Lifelong Medical Care y su personal para vacunarme con la vacuna COVID-19. (Si el padre/guardian proporciona el consentimiento verbalmente, el personal deberá documentarlo a continuación y este formulario debe permanecer sin firmar).

**Firma del Padre/Guardian:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Sólo para uso de oficina

DOCUMENT METHOD OF VERBAL CONSENT (IF NECESSARY)	DATE
STAFF NAME	PATIENT MRN