

# Formulario de autorización de la vacuna contra COVID-19 para personas entre 5 y 17 años



## Sección 1: Información sobre el menor que recibirá la vacuna contra COVID-19 de Pfizer (*por favor escriba en imprenta*):

Nombre del menor (*apellido, nombre, inicial del 2.º nombre*)

Fecha de nacimiento  
(*mm/dd/aaaa*)

Edad

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono

## Sección 2: Información sobre la vacuna de Pfizer

Se le está ofreciendo a su niño/a una vacuna contra COVID-19 fabricada por Pfizer-BioNTech. La vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNTech está aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de EE. UU. para las personas mayores de 16 años, con la marca comercial Comirnaty. La FDA también ha emitido una Autorización de Uso de Emergencia (EUA) para la vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNTech: (i) para la serie primaria de vacunación en personas mayores de 5 años, (ii) como dosis única de refuerzo al menos 5 meses después de completar la primera serie en personas de más de 12 años; y, (iii) como una tercera dosis de la serie primaria de vacunación al menos 28 días después de la segunda dosis en personas inmunodeficientes mayores de 5 años. Tanto la vacuna contra COVID-19 Pfizer-BioNTech como Comirnaty se administran en una serie de 2 dosis, 3 semanas aparte, en el músculo.

El proveedor de la vacuna necesitará determinada información sobre los antecedentes médicos de su niño/a antes de vacunarlos/a. Esas preguntas están disponibles aquí [www.mass.gov/CDCScreeningForm](http://www.mass.gov/CDCScreeningForm).

Es posible que la vacuna no proteja a todos contra la COVID-19. Algunas personas presentan efectos secundarios después de vacunarse. Los efectos secundarios que se han notificado incluyen: dolor en el lugar de la inyección, cansancio, dolor de cabeza, dolor muscular, escalofríos, dolor articular, fiebre, hinchazón en el lugar de la inyección, enrojecimiento en el lugar de la inyección, náuseas, no sentirse bien e inflamación de los ganglios linfáticos. Existe una posibilidad remota de que la vacuna pudiera causar una reacción alérgica grave. Una reacción alérgica grave ocurriría habitualmente dentro de

*<sup>1</sup>Para esta vacuna, "inmunodeficiente" incluye a personas que han recibido un trasplante de órgano sólido o a quienes se les ha diagnosticado afecciones que se considera que tienen un nivel equivalente de inmunodeficiencia.*



# Formulario de autorización de la vacuna contra COVID-19 para personas entre 5 y 17 años

unos minutos a una hora después de recibir una dosis de la vacuna. Por esta razón, un proveedor de la vacuna puede pedirle a la persona que se vacuna que se quede en el lugar donde se vacunó para observación después de vacunarse. Los signos de una reacción alérgica grave pueden incluir dificultad para respirar, hinchazón de la cara y la garganta, latidos cardíacos rápidos y/o un sarpullido significativo por todo el cuerpo.

Hay información adicional sobre la vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNTech en la “Hoja informativa para receptores y proveedores de cuidado” disponible en:

- [Proveedores de cuidado y receptores entre 5 y 11 años \(fda.gov\)](#)
- [Proveedores de cuidado y receptores mayores de 12 años \(fda.gov\)](#)

## Sección 3: Autorización

**AUTORIZACIÓN PARA VACUNACIÓN DE UN MENOR:** He revisado la información sobre las vacunas contra COVID-19 de Pfizer-BioNTech y Comirnaty en la **Sección 2** indicada anteriormente y comprendo los riesgos y beneficios. Al dar mi autorización a continuación, reconozco que:

1. He leído este formulario de autorización y comprendo que la “Hoja informativa para receptores y proveedores de cuidado” incluye información más detallada acerca de los posibles riesgos y beneficios de las vacunas contra COVID-19 de Pfizer-BioNtech y Comirnaty.
2. Tengo la autoridad legal para autorizar a que se vacune al menor nombrado anteriormente con la vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNtech o Comirnaty.
3. Entiendo que no es obligatorio que acompañe al menor nombrado anteriormente y que, al dar mi autorización a continuación, el menor recibirá la vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNtech o Comirnaty esté yo presente o no en la cita de la vacunación.
4. Si tengo seguro de salud que cubre al menor mencionado anteriormente, doy permiso para que se facture a mi compañía de seguros por los costos de administración de la vacuna contra COVID-19 Comirnaty de Pfizer. El gobierno mismo está pagando por la vacuna contra COVID-19 Comirnaty de Pfizer, y no se me facturará por esa parte del costo de mi vacunación.
5. Entiendo que, según lo estipulado por las leyes estatales, todas las vacunaciones serán notificadas al Sistema de Información sobre Inmunizaciones de Massachusetts (MIIS) del Departamento de Salud Pública. Puedo acceder a la Hoja informativa de MIIS para padres y pacientes, en [www.mass.gov/dph/miis](http://www.mass.gov/dph/miis), para obtener información sobre el MIIS y sobre qué debo hacer si me niego a que se comparta mi información o la de mi familia con otros proveedores en el MIIS.

**DOY MI AUTORIZACIÓN** para que se vacune al menor nombrado al inicio de este formulario con la vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNtech o Comirnaty, y he revisado y estoy de acuerdo con la información incluida en la **Sección 3** de este formulario. (No se vacunará al menor, si esta autorización es presentada sin firma ni fecha).

*Firma del representante legalmente autorizado*

*Fecha*