

Formulario de consentimiento para recibir la vacuna contra la COVID-19 para personas de 17 años o menos



Sección 1: Información sobre el niño que recibirá la vacuna contra la COVID-19 (escriba con letra imprenta):

*Nombre del niño
(apellido, nombre, inicial del segundo nombre)*

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

Edad

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono

Sección 2: Información sobre la vacuna contra la COVID-19

A su hijo/a se le ofrece una vacuna contra la COVID-19 hecha por Pfizer-BioNTech o por Moderna. El número de dosis (inyecciones de la vacuna en el músculo) que su hijo/a necesitará para estar vacunado por completo dependerá de qué vacuna reciba, su edad, y su historial médico.

El vacunador necesitará cierta información sobre el historial médico de su hijo/a antes de colocarle la vacuna. Las preguntas están disponibles aquí

<https://www.mass.gov/CDCScreeningForm>.

Es posible que la vacuna no proteja a todos de la enfermedad por la COVID-19. Vacunar a los niños puede ayudar a evitar que enfermen gravemente si contraen la enfermedad por la COVID-19.

Formulario de consentimiento para recibir la vacuna contra la COVID-19 para personas de 17 años o menos



Algunas personas pueden experimentar efectos secundarios después de recibir la vacuna. Los efectos secundarios notificados son como los que se experimentan con las vacunas rutinarias, como cansancio, fiebre o dolor en el lugar donde se puso la inyección. Los efectos secundarios pueden afectar a la capacidad de su hijo/a para realizar actividades cotidianas, pero deberían desaparecer en pocos días. Los efectos secundarios son más frecuentes después de la segunda inyección. Algunos niños no tienen efectos secundarios.

Obtenga más información sobre [los posibles efectos secundarios en niños tras la vacunación contra la COVID-19.](#)

Existe una remota posibilidad de que la vacuna provoque una reacción alérgica grave. Una reacción alérgica grave suele producirse entre unos minutos y una hora después de recibir una dosis de la vacuna. Por esta razón, el vacunador puede pedirle a la persona vacunada que permanezca en el lugar donde recibió la vacuna para realizar un seguimiento después de la vacunación. Los signos de una reacción alérgica grave pueden incluir dificultad para respirar, hinchazón de la cara y la garganta, taquicardia y/o erupción cutánea intensa por todo el cuerpo.

Encontrará más información en las fichas técnicas de los fabricantes, disponibles en:

- [Hoja informativa de Pfizer-BioNTech para receptores y cuidadores](#)
- [Hoja informativa sobre la vacuna contra la COVID-19 de Moderna para receptores y cuidadores](#)

Encontrará más información sobre la vacuna contra la COVID-19 para niños y adolescentes en <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/recommendations/children-teens.html>

Sección 3: Consentimiento

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN DE UN MENOR: He revisado la información de la Sección 2 anterior y comprendo los riesgos y beneficios. Al dar mi consentimiento a continuación, acepto que:

- He revisado este formulario de consentimiento, y entiendo que la “Hoja informativa para receptores y cuidadores” incluye información más detallada sobre los riesgos y beneficios potenciales de las vacunas contra la COVID-19.

Formulario de consentimiento para recibir la vacuna contra la COVID-19 para personas de 17 años o menos



- Tengo la autoridad legal para autorizar la vacunación contra la COVID-19 del niño arriba mencionado.
- Entiendo que no estoy obligado a acompañar al niño arriba mencionado a su cita de vacunación y que, al dar mi consentimiento a continuación, el niño recibirá la vacuna contra la COVID-19 esté o no presente en la cita de vacunación.
- Si tengo un seguro médico que cubre al niño arriba mencionado, doy permiso para que le facturen a mi compañía de seguro los gastos de administración de la vacuna. El gobierno paga la vacuna, y no se me facturará esa parte del costo de la vacunación.
- Entiendo que, como lo exige la ley estatal, las vacunas se notificarán al Sistema de información sobre vacunaciones de Massachusetts (MIIS) del Departamento de Salud Pública (Department of Public Health, DPH) Puedo acceder a la Hoja informativa del MIIS para padres y pacientes en www.mass.gov/dph/miis, para obtener información sobre el MIIS y qué hacer si me opongo a que mis datos o los de mi familia se compartan con otros proveedores en el MIIS.

DOY MI CONSENTIMIENTO para que se vacune con la vacuna contra la COVID-19 al niño nombrado en la parte superior de este formulario. He revisado y estoy de acuerdo con la información incluida en la **Sección 3** de este formulario. (Si este consentimiento no está firmado, fechado o no se devuelve, no se vacunará al niño).

Firma del representante legalmente autorizado

Fecha