

Termo de consentimento para a vacina contra COVID-19 para indivíduos até 18 anos de idade



Seção 1: Informações sobre o menor a receber a vacina contra a COVID-19 (imprimir):

Nome do menor (último, primeiro, meio)

*Data de nascimento
(dd/mm/aaaa)*

Idade

Endereço

Cidade

Estado

Código postal

Número de telefone

Seção 2: Informações sobre a vacina contra a COVID-19

Será oferecida ao(à) seu(sua) filho(a) uma vacina contra a COVID-19 fabricada pela Pfizer BioNTech ou Moderna. O número de doses (aplicações da vacina no músculo) que o(a) seu(sua) filho(a) precisará para ser totalmente vacinado(a) varia dependendo de qual vacina ele(a) receber, da sua idade e do seu histórico médico.

O fornecedor da vacina precisará de determinados dados sobre o histórico médico do(a) seu(sua) filho(a) antes de administrar a vacina. **Essas questões estão disponíveis aqui** <https://www.mass.gov/CDCScreeningForm>.

A vacina pode não proteger a todos contra a doença da COVID-19. A vacinação de menores pode ajudar a prevenir que fiquem gravemente enfermos caso contraíam a doença da COVID-19.



Termo de consentimento para a vacina contra COVID-19 para indivíduos até 18 anos de idade

Algumas pessoas podem apresentar efeitos colaterais depois de receberem a vacina. Os efeitos colaterais reportados são aqueles apresentados após vacinas de rotina, como cansaço, febre ou dor no local onde a dose foi administrada. Os efeitos colaterais podem afetar a capacidade do(a) seu(sua) filho(a) de realizar atividades diárias, mas eles devem desaparecer dentro de alguns dias. Os efeitos colaterais são mais comuns após a segunda dose. Algumas crianças não apresentam efeitos colaterais.

Sabia mais sobre [os possíveis efeitos colaterais em crianças após a vacinação da COVID-19.](#)

Há uma chance remota de que a vacina possa causar uma reação alérgica severa. Uma reação alérgica severa geralmente ocorre de alguns minutos a uma hora após a administração da dose da vacina. Por esse motivo, um fornecedor da vacina pode solicitar que a pessoa recebendo a vacina permaneça no local onde recebeu a sua vacina para monitoramento após a vacinação. Os sinais de uma reação alérgica severa podem incluir dificuldade para respirar, inchaço da face e da garganta, batimentos cardíacos acelerados e/ou erupção grave por todo o corpo.

Informações adicionais estão disponíveis nas fichas informativas dos fabricantes, disponíveis em:

- [Ficha informativa do receptor e do profissional de saúde Pfizer-BioNTech](#)
- [Ficha informativa do receptor e do profissional de saúde da vacina Moderna contra a COVID-19](#)

Mais informações sobre a vacinação contra a COVID-19 para crianças e adolescentes podem ser encontradas em <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/recommendations/children-teens.html>

Seção 3: Consentimento

CONSENTIMENTO PARA A VACINAÇÃO DO MENOR: Eu revisei as informações na Seção 2 acima e compreendo os riscos e os benefícios. Ao fornecer o meu consentimento abaixo, eu concordo que:

- Eu revisei este termo de consentimento e compreendo que a “Ficha informativa para receptores e profissionais de saúde” inclui informações mais detalhadas sobre os possíveis riscos e benefícios das vacinas contra COVID-19.

Termo de consentimento para a vacina contra COVID-19 para indivíduos até 18 anos de idade



- Eu detenho a autoridade legal de consentir que o menor nomeado acima seja vacinado contra a COVID-19.
- Eu compreendo que não sou obrigado a acompanhar o menor nomeado acima em sua visita de vacinação e que, ao fornecer o meu consentimento abaixo, o menor receberá a Vacina contra COVID-19, com ou sem a minha presença na visita de vacinação.
- Caso eu tenha um seguro de saúde com cobertura para o menor nomeado acima, eu autorizo a minha seguradora a ser faturada quanto aos custos de administração da vacina. O governo está pagando pela vacina em si e eu não serei cobrado(a) por essa parcela dos custos da minha imunização.
- Eu compreendo que, conforme exibido por lei estadual, todas as imunizações serão reportadas ao Sistema de Informações de Imunização do Departamento de Saúde Pública de Massachusetts (MIIS). Eu posso acessar a Ficha informativa do MIIS para pais e pacientes em www.mass.gov/dph/miis para informações sobre o MIIS e o que fazer caso eu me oponha ao compartilhamento dos meus dados e da minha família com outros fornecedores no MIIS.

EU DOU O CONSENTIMENTO para o menor nomeado no topo deste termo ser vacinado com a vacina contra a COVID-19, e revisei e concordo com as informações incluídas na Seção 3 deste termo. (Se este consentimento não for assinado, datado e devolvido, o menor não será vacinado).

Assinatura do representante legal autorizado

Data