



MyMedicalClinic

1560 Beam Avenue, Suite F
Maplewood MN, 55109
651-340-1445

AUTORIZACIÓN DE VACUNACIÓN DE MENOR

Niño:

Nombre legal completo:

Fecha de nacimiento: _____ **Edad:** _____ **Sexo:** _____

Padre (s) / tutor (es) legal (es):

Nombre:

Fecha de nacimiento: _____ **Género:** _____

Relación con el niño: _____

Habla a:

Teléfono de casa: _____

Teléfono de trabajo: _____

Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____

Información de contacto adicional:

1. Por la presente declaro que soy el padre o tutor legal del niño mencionado anteriormente.

2. Por la presente otorgo permiso a My Medical Clinic, PLLC para administrar una vacuna COVID-19.

Information about the risks and benefits of the PfizerBioNTech COVID-19 vaccine

The Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine can prevent the vaccinated person from contracting COVID-19. There is no vaccine approved by the US Food and Drug Administration (FDA) to prevent COVID-19. However, the FDA has authorized the emergency use of the Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine to prevent COVID-19 in people 16 years of age or older under an Emergency Use Authorization (EUA). The PfizerBioNTech COVID-19 vaccine is administered as a series of 2 doses, 3 weeks apart, into muscle. The Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine may not protect everyone. Side effects that have been reported with the Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine include injection site pain, tiredness, headache, muscle pain, chills, joint pain, fever, injection site swelling, redness at the injection site, nausea, discomfort and swelling of the lymph. nodes. There is a remote possibility that the Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine could cause a severe allergic reaction. Typically, a severe allergic reaction would occur within a few minutes to an hour after receiving a dose of the Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine. For this reason, a vaccination provider may ask the person receiving the vaccine to stay at the site where they received the vaccine to monitor them after vaccination. Signs of a serious allergic reaction may include difficulty breathing, swelling of the face and throat, a fast heartbeat, and / or a severe rash all over the body. The Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine “Fact Sheet for Recipients and Caregivers” is available at <https://www.fda.gov/media/144414/download>.

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN DE MENORES: He revisado la información sobre los riesgos y beneficios de la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 en la Sección 2 anterior y comprendo los riesgos y beneficios. Al dar mi consentimiento a continuación, acepto que:

1. He revisado este formulario de consentimiento y comprendo que la “Hoja de datos para destinatarios y cuidadores” incluye información más detallada sobre los posibles riesgos y beneficios de la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19. 2. Tengo la autoridad legal para dar mi consentimiento para que el niño mencionado anteriormente sea vacunado con la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19.

3. Entiendo que no estoy obligado a acompañar al niño mencionado arriba a su cita de vacunación y que, al dar mi consentimiento a continuación, el niño recibirá la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 si yo estoy presente en la cita de vacunación.

4. Si tengo un seguro médico que cubre al niño mencionado anteriormente, doy permiso para que se facture a mi compañía de seguros por los costos de administración de la vacuna PfizerBioNTech COVID-19. El gobierno está pagando la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 en sí, y no se me cobrará esa parte del costo de mi vacuna.

5. Entiendo que, según lo exige la ley estatal, todas las vacunas se informarán al Departamento de Salud Pública de Minnesota Immunization Information Connection (MIIC).

Doy mi consentimiento para que el niño nombrado en la parte superior de este formulario se vacune con la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 y he revisado y estoy de acuerdo con la información incluida en la Sección 3 de este formulario. (Si este consentimiento no está firmado, fechado y devuelto, el niño no será vacunado).

Firma del padre / tutor: _____

Fecha: _____