

Autorización para la vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNTech

Formulario para individuos entre 5 y 17 años.

Sección 1: Información del niño que va a recibir la vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNTech (en letra de imprenta por favor)

Nombre del niño (Nombre y Apellido)

Fecha de nacimiento
(mm/dd/aaaa)

Edad

Dirección

Ciudad

Estado

Código

Número de teléfono

Sección 2: Información sobre la vacuna de Pfizer

Se le ha ofrecido a su hijo una vacuna contra COVID-19 fabricada por Pfizer-BioNTech. La vacuna de Pfizer-BioNTech contra COVID-19 está aprobada por la Administración de Medicamentos y Alimentos de Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) para personas mayores de 16 años, con el nombre de marca Comirnaty. La FDA también ha autorizado el uso de emergencia de la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 para personas mayores de 5 años. Tanto la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 como la vacuna Comirnaty se administran en el músculo en una serie de 2 dosis, con 3 semanas de diferencia.

La vacuna puede no proteger a todo el mundo de la enfermedad de COVID-19. Algunas personas pueden sufrir efectos secundarios después de recibir la vacuna. Los efectos secundarios que se han reportado incluyen dolor en el lugar donde se puso la inyección, cansancio, dolor de cabeza, dolor muscular, escalofríos, dolor en las articulaciones, fiebre, hinchazón en el lugar donde se puso la inyección, enrojecimiento del lugar donde se puso la inyección, náuseas, malestar e inflamación de los nódulos linfáticos. Existe una remota posibilidad de que la vacuna cause una reacción alérgica grave. Una reacción alérgica grave normalmente ocurriría dentro de unos pocos minutos hasta una hora después de haber recibido una dosis de la vacuna. Por esta razón, el proveedor de la vacuna podría pedirle a la persona que recibe la vacuna que se quede en el lugar donde recibió la vacuna para ser monitoreado después de la vacunación. Signos de una reacción alérgica grave pueden incluir dificultad para respirar, hinchazón de la cara y la garganta, latidos del corazón acelerados, y/o un sarpullido grave por todo el cuerpo.

Puede encontrarse información adicional en la “Hoja Informativa de la vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNTech para Receptores y Cuidadores” en:

- [Receptores y Cuidadores 5 años \(fda.gov\)](#)
- [Receptores y Cuidadores 12 años \(fda.gov\)](#)

Autorización para la vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNTech

Formulario para individuos entre 5 y 17 años.

Sección 3: Autorización

AUTORIZACIÓN PARA LA VACUNACIÓN DE MENORES: He revisado la información sobre los riesgos y beneficios de las vacunas contra COVID-19 de Pfizer-BioNTech y Comirnaty previamente en la **sección 2** y comprendo los riesgos y beneficios. Al dar mi autorización a continuación, acepto que:

1. He revisado este formulario de autorización y comprendo que la “Hoja Informativa para Receptores y Cuidadores” incluye información más detallada sobre los potenciales riesgos y beneficios de las vacunas contra COVID-19 de Pfizer-BioNTech y Comirnaty.
2. Tengo la autoridad legal para autorizar que se vacune al niño, cuyo nombre aparece anteriormente, con la vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNTech o la vacuna contra COVID-19 Comirnaty.
3. Comprendo que no se requiere que acompañe al niño, cuyo nombre aparece anteriormente, a la cita de su vacunación y que, al dar mi autorización a continuación, el niño recibirá la vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNTech o la vacuna contra COVID-19 Comirnaty, esté yo presente, o no, en la cita de la vacunación.
4. Si tengo seguro médico que cubre al niño cuyo nombre aparece anteriormente, autorizo que se le facture a mi compañía de seguro por los costos de administración de la vacuna contra COVID-19 Comirnaty. El gobierno está pagando por la propia vacuna contra COVID-19 Comirnaty - y no se me facturará por esa porción del costo de mi vacunación.
5. Comprendo que, como lo requiere la ley del estado, todas las vacunaciones serán reportadas al Departamento de Salud Pública de Colorado al Sistema de Información de Vacunación (CIIS, por sus siglas en inglés) Puedo acceder a la Hoja Informativa para Padres y Pacientes de CIIS en:
<https://cdphe.colorado.gov/colorado-immunization-information-system-ciis> para obtener información en CIIS y qué hacer si me opongo a que se comparta mi información, o la de mi familia, con otros proveedores en CIIS.

YO AUTORIZO a que el niño, cuyo nombre aparece al principio de este formulario, sea vacunado con la vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNTech o la vacuna contra COVID-19 Comirnaty y manifiesto que he revisado y estoy de acuerdo con la información que se incluye en la **Sección 3** de este formulario. (Si esta autorización no está firmada, fechada y devuelta, el niño no será vacunado).

Nombre en letra de imprenta del representante legal autorizado

Firma del representante legal autorizado

Fecha