



## 2021- Prisma Health

### Consentimiento para inmunización contra COVID19 para menores de 12 a 15 años

Yo, \_\_\_\_\_, padre o tutor legal de \_\_\_\_\_, un niño menor de edad de 12-15 años he recibido una copia de la Hoja de Autorización de Uso de Emergencia y he tenido la oportunidad de leerla y hacer cualquier pregunta. Han respondido a mis preguntas de forma satisfactoria. Entiendo y en nombre de mi hijo menor de edad acepto los beneficios, riesgos, efectos secundarios y contraindicaciones de la vacuna COVID 19. Por la presente doy mi consentimiento para que Prisma Health proporcione a mi hijo menor de edad la vacuna COVID 19. También entiendo que puede haber otros riesgos más remotos que no se me han explicado y en nombre de mi hijo menor de edad, asumo todo el riesgo de que se le administre la vacuna COVID 19. En el raro caso de que mi hijo menor de edad sufra una afección de emergencia, autorizo a Prisma Health a proporcionar cualquier atención de emergencia que pueda ser necesaria. Se me ha aconsejado y estoy de acuerdo en buscar atención médica inmediata para las reacciones graves de mi hijo menor de edad y notificaré a su médico.

**Además, entiendo que la vacuna COVID requiere dos dosis. Estoy de acuerdo y me comprometo a que mi(s) hijo(s) menor(es) de edad obtenga(n) una segunda dosis de la vacuna cuando sea indicado. ENTIENDO QUE UN PADRE O TUTOR DEBE FIRMAR EL CONSENTIMIENTO PARA LA INMUNIZACIÓN COVID 19 DE UN NIÑO(A) MENOR DE EDAD DE 12 A 15 AÑOS Y CONFIRMAR QUE SOY EL PADRE O TUTOR LEGAL.**

Al completar este formulario, afirmo que mi hijo menor de edad nunca ha tenido lo siguiente:

- una reacción alérgica grave después de una dosis previa de esta vacuna
- una reacción alérgica grave a cualquier ingrediente de esta vacuna

**Pago:** Firma del padre o tutor autorizado: Autorizo la divulgación de cualquier información médica u otra información necesaria para procesar esta reclamación. También solicito el pago de beneficios a mi nombre o a nombre de la parte que acepta la asignación en el formulario de reclamación.

\_\_\_\_\_  
Nombre completo (**EN LETRA DE MOLDE LEGIBLE**)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Estado/Código postal

\_\_\_\_\_  
Edad/Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Número telefónico