

Pt Label
Pt MRN # _____

2021 Prisma Health Consent for COVID19 Immunization for Minors 5 to 15 years old.

I, _____, parent or legal guardian of _____ (print name), a minor child age 5-15 years old, have been provided a copy of the Vaccine Information Fact Sheet and have had an opportunity to read and ask any questions. My questions have been answered to my satisfaction. I understand and on behalf of my minor child accept the benefits, risks, side effects and contraindications of the COVID 19 Vaccine. I hereby consent for Prisma Health to provide my minor child with the COVID 19 dose appropriate immunization vaccine for his/her age. I also understand that there may be other more remote risks that have not been explained to me and on behalf of my minor child, I assume all risk of being administered the COVID 19 vaccine. In the rare event my minor child experiences an emergency condition, I authorize Prisma Health to provide any emergency care that may be required. I have been advised and agree to seek immediate medical attention for serious reactions to my minor child and I will notify their physician. **If receiving a third dose, I attest my minor child meets eligibility criteria for a third dose I UNDERSTAND THAT A PARENT OR LEGAL GUARDIAN MUST SIGN CONSENT FOR COVID 19 IMMUNIZATION FOR A MINOR CHILD AGE 5 TO 15 YEARS OLD AND CONFIRM THAT I AM THE PARENT OR LEGAL GUARDIAN.**

By completing this form, I am affirming that my minor child has never had the following:

- a severe allergic reaction after a previous dose of this vaccine
- a severe allergic reaction to any ingredient of this vaccine

Payment: Parent's or authorized guardian's signature: I authorize the release of any medical or other information necessary to process this claim. I also request payment of benefits either to myself or to the party who accepts assignment on the claim form.

Full Name (PARENT/GUARDIAN - PLEASE PRINT LEGIBLY)

Date

Parent or Guardian Signature

Relationship to patient

Street Address

State/ Zip Code

Age of Minor/Birth Date

Phone Number

Select One:

First dose

Second dose

Third dose

Booster

2021 Prisma Health Consentimiento para inmunización contra COVID19 para niños de 5 a 15 años

Yo, _____, padre o tutor legal de _____ (escriba el nombre en letra de imprenta), un niño menor de edad de 5-15 años he recibido una copia de la Hoja informativa sobre la vacuna 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 le 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. **Si va a recibir una tercera dosis, atestigo que mi hijo menor de edad cumple con los criterios de elegibilidad para una tercera dosis ENTIENDO QUE UN PADRE O TUTOR LEGAL DEBE FIRMAR EL CONSENTIMIENTO PARA LA INMUNIZACIÓN CONTRA COVID-19 PARA UN NIÑO MENOR DE EDAD DE 5 A 15 AÑOS Y CONFIRMO 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

Select One:

First dose

Second dose

Third dose

Booster