

# FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA COVID-19 (Niño/Adolescente)

Por favor imprima la información sobre el niño/a que recibirá la vacuna

NOMBRE DEL NIÑO/A (Apellido)	(Primer Nombre)	Inicial del Segundo nombre	SUFIJO (p. ej. Jr, III)
NOMBRE DE SOLTERA DE LA MADRE	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	EDAD	NUMERO DE TELÉFONO
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
EL NIÑO/A ES GEMELO, ¿TRILLIZO, ETC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	ESTADO DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
Raza <input type="checkbox"/> Amerindio/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Otras islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro	¿ORIGEN HISPANO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	GÉNERO <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Masculino	

Detección de elegibilidad para las vacunas	SÍ	NO
¿Ha recibido su hijo alguna vez una dosis de la vacuna COVID-19? Si sí, ¿qué vacuna recibió? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen (Johnson and Johnson) <input type="checkbox"/> Otro _____		
Alguna vez su hijo/a ha tenido una reacción alérgica a: <input type="checkbox"/> un componente de una vacuna COVID-19, que incluye cualquiera de los siguientes: -polietilenglicol (PEG, por sus siglas en inglés), que se encuentra en algunos medicamentos, como laxantes y preparaciones para procedimientos de colonoscopia -polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, pastillas cubiertas con una capa y esteroides intravenosos <input type="checkbox"/> una dosis previa de la vacuna COVID-19 <input type="checkbox"/> una vacuna o terapia inyectable que contiene múltiples componentes, uno de los cuales es un componente COVID-19, pero no se conoce qué componente provocó la reacción inmediata		
¿Ha tenido su hijo/a alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna COVID-19) o un medicamento inyectable?		
¿Ha tenido su hijo/a alguna vez una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) a algo que no sea un componente de la vacuna COVID-19 o alguna vacuna o medicamento inyectable? Esto incluiría alergias a los alimentos, las mascotas, el veneno, el medio ambiente o los medicamentos orales.		

**PARA LA VACUNACIÓN DEL NIÑO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE VACUNACIÓN:**

He leído o me han explicado la información contenida en la Hoja de datos de autorización de uso de emergencia para destinatarios y cuidadores de la vacuna COVID-19 y entiendo los riesgos y beneficios de la vacuna. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que han sido respondidas satisfactoriamente. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna. Entiendo que si mi hijo muestra un comportamiento perturbador mientras el personal intenta administrar la vacuna, no recibirá la vacuna en esta clínica y tendrá que ser llevado al departamento de salud o al proveedor de esta vacuna.

Autorizo la divulgación de esta información de vacunación a los funcionarios de salud pública y otros profesionales de la salud. Entiendo que esta vacuna se registrará en el Sistema de Información de Vacunas del Estado de Oklahoma (OSIIS, por sus siglas en inglés) con el propósito de compartir información de vacunación con otros proveedores de atención médica y realizar un seguimiento del inventario de vacunas únicamente.

**"En caso de una situación de emergencia, se le puede administrar a mi hijo un medicamento de emergencia (epinefrina/Benadryl) y/o oxígeno".**

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor imprima el nombre del padre/tutor \_\_\_\_\_

OFFICE USE ONLY

Ask before administration:

Is the client suffering from a moderate or severe acute illness with or without fever?

Is the client pregnant?

VACCINE INFO: Administered by: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

COVID-19 Pfizer\_\_ Moderna\_\_ Janssen\_\_ Other\_\_

Lot #: \_\_\_\_\_ Exp Date: \_\_\_\_\_

Site: R or L arm

Funding Source: VFC State Local