

Para Individuos de 6 Meses-4 Años de Edad

Seccion 1: Informacion sobre el nino que recibira la vacuna COVID-19

Nombre de el nino/nina (Apellido, Nombre) Gender	Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy)	Edad	
Dirreccion	Cuidad	Estado	Codigo Postal
Numero de Telefono			
Etnicidad		Raza	

Seccion 2: Informacion sobre los riesgos y beneficios de la Vacuna COVID-19

Actualmente, la Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU. (FDA) ha autorizado el uso de emergencia de la vacuna para prevenir el COVID-19 en personas de 6 meses a 4 años. La FDA aún no ha aprobado la licencia de la vacuna para prevenir el COVID-19. Para obtener más información sobre los riesgos, los beneficios y los efectos secundarios de la vacuna, he recibido, leído y comprendido el manual de la Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU

Seccion 3: Consentimiento.

He revisado la información sobre los riesgos y beneficios de la vacuna en la Sección 2 anterior y entiendo los riesgos y beneficios. Estoy de acuerdo que:

1. Revisé este formulario de consentimiento y he leído y entiendo la Hoja informativa para beneficiarios y cuidadores sobre los posibles riesgos y beneficios de la vacuna.
2. Tengo la autoridad legal para consentir que el Niño mencionado anteriormente sea vacunado con la vacuna COVID-19.
3. Entiendo que no estoy obligado a acompañar al Niño mencionado anteriormente a la cita de vacunación y, al dar mi consentimiento a continuación, el Niño recibirá la vacuna contra el COVID-19, esté o no presente en la cita de vacunación.

DOY CONSENTIMIENTO para que el niño mencionado anteriormente se vacune con la vacuna COVID-19 y he revisado, entendido y estoy de acuerdo con la información incluida en este formulario.

Nombre (Apellido, Nombre)	
Firma	Fecha
Relacion de el nino nombrado	

For Clinician Use Only

TO BE COMPLETED BY ADMINISTRATION TEAM:

1st Dose Date: _____

Manufacturer: _____ Lot#: _____ Expiration Date: _____

Injection Site: Deltoid: (circle location) RIGHT / LEFT

Name of Person Administering Vaccine: _____

Signature: _____ Title: _____

2nd Dose Date: _____

Manufacturer: _____ Lot#: _____ Expiration Date: _____

Injection Site: Deltoid: (circle location) RIGHT / LEFT

Name of Person Administering Vaccine: _____

Signature: _____ Title: _____

3rd Dose Date: _____

Manufacturer: _____ Lot#: _____ Expiration Date: _____

Injection Site: Deltoid: (circle location) RIGHT / LEFT

Name of Person Administering Vaccine: _____

Signature: _____ Title: _____