

Testimonio Para la Administración de la Vacuna de COVID-19 a Menores de Edad Debido a la Autorización de Uso de Emergencia (Favor de Escribir Claramente)

Nombre Completo de Menor de Edad: _____

Información de Padre/Guardián:

Fecha de Nacimiento de Menor de Edad: _____ / _____ / _____
MM DD YYYY

Número Telefónico: (_____ - _____)

Raza de Menor de Edad:

Etnicidad de Menor de Edad:

- Blanco/a
- Negro/a o Afroamericano/a
- Asiático/a
- Amerindio/a
- Hawaiano/a Nativo/a o Isleño/a del Pacífico

- Hispano/a o Latino/a
- No Hispano/a o Latino/a

Correo Electrónico: _____

Dirección: _____

Calle

Ciudad, Estado, Código Postal

Sexo del Menor: Masculino Femenino

Población u Ocupación: _____

Ubicación de Vacunación: _____

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿El menor de edad tiene una infección respiratoria active o una fiebre? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 2. ¿El menor ha tenido una reacción alérgica a algún ingrediente en la lista que se le ha presentado? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 3. ¿El menor ha recibido otra vacuna contra el COVID-19? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 4. ¿El menor ha tenido una reacción alérgica después de recibir la primera dosis de esta vacuna? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 5. ¿El menor ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 6. ¿La menor está embarazada o dando mamar? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 7. ¿El menor está inmunodeprimido o está tomando medicamentos que le afecten el Sistema inmunológico? (Ex: cortisona, prednisona, drogas anticancerígenas, medicamentos de artritis reumatoide, Crohn o soriasis, VIH/SIDA, leucemia, espondiloartritis anquilosante, o tratamiento de radiación) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 8. ¿El menor tiene un desorden de sangramiento o toma un anticoagulante? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 9. ¿El menor tiene alergias? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Entiendo que la vacuna COVID-19 que está recibiendo el menor mencionado anteriormente está siendo administrado al menor de edad en conformidad con una autorización de emergencia (EUA) emitida por la Agencia Reguladora de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA). He recibido y leído la hoja informativa de la EUA para los beneficiarios de esta vacuna (y/u otra documentación de la vacuna proporcionada), que me explica completamente los riesgos y beneficios de recibir esta vacuna. Acepto que el Departamento de Salud de la Ciudad de Cincinnati (CHD) no me ha brindado ninguna garantía a mí ni al menor mencionado sobre el resultado de esta vacuna, y entiendo que el menor mencionado anteriormente puede experimentar efectos secundarios después de recibir esta vacuna. Después de que el menor mencionado reciba la vacuna, recomendamos que el menor espere en el lugar al menos 15 minutos. Si el menor mencionado anteriormente abandona el sitio de vacunación antes de que hayan transcurrido los 15 minutos después de la vacunación, asumo cualquier riesgo asociado con el menor por el hecho de no esperar la cantidad de tiempo recomendada. Además, entiendo que, dependiendo del fabricante de la vacuna, si ésta es parte de una serie de dos dosis, acepto que programaré de inmediato la cita para la segunda dosis del menor de edad, tal como está indicado.

Acepto que es mi decisión personal que el menor mencionado anteriormente reciba esta vacuna EUA COVID-19 y doy permiso CHD para que administre esta vacuna al menor. Al firmar a continuación, confirmo además que: el menor de arriba tiene 12 años de edad o más, he leído esta Declaración o me la han comunicado de forma eficaz; cualquier pregunta que pueda haber tenido al respecto o los documentos de la vacuna que me proporcionó el CHD han sido respondidos satisfactoriamente; entiendo y acepto todos los términos de esta Declaración; soy el padre o tutor legal del menor mencionado anteriormente y he firmado esta Declaración voluntariamente.

Signatura de paciente o padre/guardián legal: _____ Fecha: _____

Nombre de paciente o padre/guardián legal: _____