

**AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO DE UN MENOR**

**Vacunación Covid-19**

(ESTE FORMULARIO ES OBLIGATORIO PARA CUALQUIER NIÑO MENOR DE 18 AÑOS)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [Nombre del Padre/Guardian] como padre(s) o guardian(s) legal(s) de

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [Nombre del Menor], \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[Fecha de Nacimiento], Permitimos que el proveedor con licencia adecuado proceda con la siguiente administración específicamente prescrita de vacunación para mi/nuestro hijo(a):

\_\_\_PFIZER\_\_\_\_, Una vacuna Covid-19 aprobada por la Autorización de Uso de Emergencia de la FDA.

Alergias identificadas o afecciones médicas/de otro servicio especiales:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Esta Autorización permanecerá válida hasta que mi hijo alcance dieciocho (18) años de edad, o hasta que sea revocado o cambiado.

Entendemos que esta Autorización puede ser revocada en cualquier momento, siempre que presentemos una carta de revocación firmada. Sin embargo, cualquier revocación no se aplicará en la medida en que el Proveedor haya tomado medidas en el presente año.

**Padre/Guardian:**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Testigo:**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_