

Consent to Vaccinate Minor for COVID-19
Permiso para Vacunar un Joven contra COVID-19

Primer Nombre, Segundo, y Apellido del Joven

Fecha de Nacimiento

Dirección

Ciudad

Código Postal

Nombre de Padre/Apoderado

Teléfono de Padre/Guardián

Nombre de la Escuela

Siendo padre o guardián del joven de 16 ó 17 años nombrado anteriormente, autorizo el **Departamento de Salud del Condado de Salt Lake (SLCoHD)** administrar 2 dosis de la vacuna Pfizer para COVID a mi hijo/a mientras está bajo el cuidado de la escuela indicado anteriormente.

- ✓ Verifico que la información anterior está correcta.
- ✓ Entiendo que se requiere 15 minutos de observación después de recibir la vacuna.
 - Entiendo que las enfermeras del departamento de salud determinarán si un estudiante requiere una observación de 30 minutos basado en un historial de reacciones a vacunas y/o alergias. Las enfermeras administrarán Benadryl y/o EpiPen, según la necesidad, de acuerdo con los pedidos fijos de SLCoHD.
- ✓ Entiendo que seré contactado para recoger a mi estudiante si experimenta una reacción alérgica.

Firma de Padre/Guardián

Fecha