COVID-19 VACCINE CONSENT FOR MINORS
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA QUE MENORES RECIBAN LA VACUNA CONTRA COVID-19

SPANISH

Nombre del paciente __XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX__ Fecha de nacimiento __XXXXXXXXXXXXX__

Primera o seguna dosis de la vacuna: Primera ☐ Segunda ☐

Reconocimiento: he tenido la oportunidad de revisar la hoja informativa para las personas que recibirán la vacuna contra COVID-19 y sus proveedores de cuidado. Entiendo que puedo revisar esta hoja informativa en el centro de vacunación o por internet (el código QR aparece al lado).

Hoja informativa de la vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNTech: www.fda.gov/media/144625/download

Hoja informativa de la vacuna contra COVID-19 de Moderna: www.fda.gov/media/144712/download

Hoja informativa de la vacuna contra COVID-19 de Janssen/Johnson & Johnson: www.fda.gov/media/146762/download

Para más información sobre las vacunas contra COVID-19 visite: kingcounty.gov/yourvaccine

CÓDIGO QR PARA LA HOJA INFORMATIVA DE LA VACUNA

Consentimiento del adulto autorizado: estoy autorizado para dar mi consentimiento para que el paciente mencionado anteriormente reciba esta vacuna. Solicito que se le administre la vacuna al paciente mencionado anteriormente. Entiendo que el paciente debe permanecer en el centro de vacunación entre 15 y 30 minutos después de haber recibido la vacuna para ser observado en caso de posibles reacciones inmediatas o efectos secundarios relacionados con la vacuna y, si es necesario, recibir atención médica.

FIRMA ***(PACIENTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL PACIENTE)*** COPIA SOLO DE INFORMACIÓN, NO PARA FIRMAR	NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA COPIA SOLO DE INFORMACIÓN, NO PARA FIRMAR	FECHA

SI ES FIRMADO POR OTRA PERSONA QUE NO ES EL PACIENTE, MARQUE LA RELACIÓN CON EL PACIENTE:

☐ **1.** Tutor designado por la corte ☐ **2.** Poder notarial duradero para la atención médica ☐ **3.** Cónyuge/Pareja doméstica registrada
☐ **4.** Hijos(s) adulto(s) ☐ **5.** Padre(s) ☐ **6.** Hermano(s) adulto(s)
☐ **7**. Nieto(s) adulto(s) ☐ **8**. Sobrino(a)(s) adulto(s)
☐ **9**. Tío/Tía adulto(s) ☐ **10**. Amigo adulto con delcaración firmada según RCW 7.70.065

PARA PACIENTES MENORES DE EDAD:

☐ **1.** Guardián/tutor legal ☐ **2.** Persona autorizada por la corte para el menor en cuidado temporal ☐ **3.** Padre(s)
☐ **4.** Titular en la autorización firmada por los padre(s) ☐ **5.** Adulto declarándose ser un pariente responsable por la salud del menor

O

Para el lugar de vacunación:

Consentimiento verbal de COPIA SOLO DE INFORMACIÓN, NO PARA FIRMAR dado por _XXXXX_ a ___XXXXX__ el ___XXXXX
Nombre del adulto autorizado Teléfono/aparato Nombre del empleado Fecha

Consentimiento del menor: soy un menor emancipado legalmente, un menor casado con un adulto o he sido determinado como un menor con suficiente madurez. Solicito que se me administre la vacuna. Entiendo que el paciente debe permanecer en el centro de vacunación entre 15 y 30 minutos después de haber recibido la vacuna para ser observado en caso de posibles reacciones inmediatas o efectos secundarios relacionados con la vacuna y, si es necesario, recibir atención médica.

Firma del menor emancipado, menor casado con un adulto o menor con suficiente madurez: COPIA SOLO DE INFORMACIÓN, NO PARA FIRMAR	Nombre en letra de imprenta: COPIA SOLO DE INFORMACIÓN, NO PARA FIRMAR	Fecha:

For clarification and informational purposes only. Not to be used as a legal document.
DO NOT SCAN OR UPLOAD TO THE MEDICAL RECORD.