

The University of Texas at Austin School of Nursing
CONSENTIMIENTO PARA LA INMUNIZACIÓN DE UN MENOR
(Solo para la vacuna contra el COVID-19 para personas de 17 años o menos)

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Persona que otorga el consentimiento para la vacunación del PACIENTE (OTORGANTE) (en letra de imprenta):

SECCIÓN 1

1. El OTORGANTE es: a. Padre/Madre o tutor del PACIENTE	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. El OTORGANTE es: a. Abuelo/a del PACIENTE b. Hermano/a adulto/a del PACIENTE c. Tío/a adulto/a del PACIENTE d. Padrastro/madrastra del PACIENTE e. Un adulto a cargo de la atención, el control y posesion del PACIENTE y que cuenta con la autorización por escrito del padre/madre, tutor u otra persona que segun la ley de otro estado o una orden judicial, pueda otorgar el consentimiento para el PACIENTE; f. Un adulto a cargo de la atención, el control y posesion del PACIENTE conforme a un mandato de un tribunal de menores o por asignación de un tribunal de menores al cuidado de una agencia del estado o el condado; g. Un adulto a cargo de la atención, el control y posesion del PACIENTE como cuidador principal del PACIENTE. Si la respuesta es NO, pida a una persona identificada en la pregunta 1 o 2 que complete y firme este formulario.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Sección 2

Conforme con la Ley Nacional de Lesiones por Vacunas en la Niñez de 1986 (42 U.S.C. Sección 300aa1 et seq.), los Estados Unidos crearon el Programa Nacional de Compensación de Lesiones Causadas por Vacunas (National Vaccine Injury Compensation Program, VICP) para permitir la recuperación de algunos gastos no reembolsados por determinadas lesiones derivadas de la administración de ciertas vacunas. Para obtener el reembolso por una lesión, debe presentar una reclamación ante el VICP. Encontrará información sobre el VICP en <https://www.hrsa.gov/vaccine-compensation/index.html>, y puede llamar al 202-357-6400 para obtener documentos de muestra para presentar una reclamación.

Sección 3

Al firmar este formulario, el OTORGANTE reconoce lo siguiente:

- Otorgo voluntariamente mi consentimiento para que el PACIENTE reciba la vacunación contra el COVID-19 en un campus de Del Valle ISD administrado por un miembro del personal de UT Austin después de considerar detenidamente los riesgos y beneficios.
- He recibido información sobre los posibles efectos secundarios de la vacuna contra el COVID-19 para el PACIENTE, tal como se presentan en el folleto de información de autorización de uso de emergencia que se me ha proporcionado.
- Recibí información sobre los riesgos y efectos secundarios conocidos, la posibilidad de reacciones adversas desconocidas y la necesidad de continuar con el uso de mascarilla/distanciamiento social después de que el PACIENTE reciba la vacuna contra el COVID-19.
- UT Austin me proporcionará una tarjeta de vacunación completa contra el COVID-19 para el PACIENTE y acceso a un registro electrónico de vacunación.
- Entiendo que las vacunas contra el COVID-19 administradas en un campus de Del Valle ISD se rastrearán y notificarán a ImmTrac, y según lo requiera el gobierno local, estatal y federal.

Firma del OTORGANTE

Fecha

SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO

Firma de la persona obtenido el consentimiento telefónico
(si corresponde)

Fecha

Fecha de inmunización

Nombre de la clínica

UT School of Nursing

MOBILE VACCINE LOG *(please write legibly | all information is required)*

DVISD School: _____ Grade _____ Homeroom teacher _____

NAME:

DATE OF BIRTH:

RACE:

ETHNICITY:

ADDRESS:

PHONE/EMAIL:

CITY/STATE/ZIP:

GENDER:

Vaccinator Use Only:	
Arm: right left	Administered By:
Lot #:	Vaccine Brand: Pfizer J&J Moderna
Consent to Vaccine: yes no	Patient Dose: 1 2 3 B single dose

Registration Use Only: Initial Date: ___/___/___ Pfizer/Moderna Follow Up Date: ___/___/___

UT School of Nursing

REGISTRO DE VACUNAS MOVIL *(por favor escriba de manera legible | toda información es requerida)*

Escuela DVISD: _____ Grado _____ Maestro _____

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

RAZA:

ETNICIDAD:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO/CORREO ELECTRÓNICO:

CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL:

GENERO:

Solo para uso del vacunador:	
Brazo: derecho izquierdo	Administrado por:
Lote #:	Marca de vacuna: Pfizer J&J Moderna
Consentimiento para la vacuna: si no	Dosis del paciente: 1 2 3 B dosis única

Solo para uso de registro: Fecha Inicial: ___/___/___ Pfizer/Moderna Fecha de seguimiento: ___/___/___