

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR LA VACUNA CONTRA EL COVID-19

Me han proporcionado información sobre la Autorización de uso de emergencia de la vacuna de Pfizer-BioNTech contra el COVID-19. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre la vacuna. Doy mi consentimiento para que el/la paciente que figura a continuación reciba la vacuna de Pfizer-BioNTech contra el COVID-19 autorizada para el uso de emergencia.

NOMBRE DEL/DE LA MENOR QUE RECIBE LA VACUNA

FECHA DE NACIMIENTO DEL/DE LA MENOR QUE RECIBE LA VACUNA

Doy fe que el/la menor que recibe la vacuna tiene 12 años o más:

Sí No

Si usted es el padre/madre (o representante autorizado), por favor firme y escriba la fecha a continuación, lo cual indica su consentimiento para que el/la menor reciba la vacuna de Pfizer-BioNTech contra el COVID-19.

FIRMA DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO

FECHA

RELACIÓN CON EL PACIENTE

