



Formulario de consentimiento para menores de 18 años para la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19

(Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccination Consent for Minors)

Patient Identification Label	
Name	_____
MRN	_____
DOB	_____
Date of service	_____

Nombre del paciente (en letra de molde) _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Teléfono _____

He tenido la oportunidad de leer la Declaración de Información sobre la Vacuna (*Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine Information Statement [VIS]*) y he leído, o me han explicado, la información sobre la vacuna contra COVID-19. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, las cuales se contestaron a mi satisfacción. Por el presente consentimiento, eximo a UCHealth y a sus empleados de cualquier reclamo que pueda surgir relacionado con esta vacunación. Comprendo los beneficios y los riesgos de la vacuna contra COVID-19. Dado que es la primera vez que recibo esta vacuna, comprendo que **me recomiendan esperar 15 minutos después de recibirla antes de salir del área para observación de posibles reacciones a la vacuna.**

Nombre del paciente (en letra de molde)

Parentesco con el paciente

Firma del paciente o representante legal autorizado

Fecha

Hora