

Declaración para la administración de la vacuna contra COVID-19 a menores según  
 autorización para uso de emergencia (escribir con LETRA DE MOLDE clara)

**Complete este formulario únicamente si da su consentimiento  
 para que su hijo/a reciba una vacuna contra COVID-19**

**Nombre legal completo del/de la menor:** \_\_\_\_\_ **Información de contacto de padre, madre, tutor legal:** \_\_\_\_\_  
**Fecha de nacimiento del/de la menor:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **Teléfono:** ( \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ )  
MM DD AAAA **Correo electrónico:** \_\_\_\_\_  
**Raza del/de la menor** **Etnia del/de la menor**  
**(Marcar una opción):** **(Marcar una opción):**  
 Blanca  Hispana o latina  
 Negra o afroamericana  No hispana o latina  
 Asiática  
 Indígena estadounidense o nativa de Alaska  
 Nativa de Hawái u otra isla del Pacífico  
**Sexo del/de la menor (Marcar una opción):**  Masculino  Femenino  
**Población u ocupación objetivo:** \_\_\_\_\_ **Lugar de la vacunación:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Número y calle*  
 \_\_\_\_\_  
*Ciudad, estado, código postal*

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿El/La menor tiene en este momento una infección o enfermedad respiratoria activa o fiebre?   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 2. ¿El/La menor tuvo alguna vez una reacción alérgica severa a alguno de los ingredientes de la vacuna indicados en la Hoja de datos de la autorización para uso de emergencia o en otros documentos sobre la vacuna que se le proporcionaron a usted?   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 3. ¿El/La menor ha recibido otra vacuna contra COVID-19?   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 4. ¿El/La menor tuvo alguna vez una reacción alérgica severa después de una dosis anterior de esta vacuna?   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 5. ¿El/La menor ha recibido alguna otra vacuna en los últimos 14 días?   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 6. ¿La menor está embarazada o amamantando?  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 7. ¿El/La menor es inmunodeficiente o recibe un medicamento que afecta su sistema inmunitario? (Por ejemplo, cortisona, prednisona, medicamentos para el cáncer, medicamentos para artritis reumatoide, enfermedad de Crohn o psoriasis, VIH/SIDA, leucemia, espondilitis anquilosante o radioterapia) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 8. ¿El/La menor tiene un trastorno hemorrágico o recibe un anticoagulante?   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 9. ¿El/La menor tiene alguna alergia?  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Entiendo que la vacuna contra COVID-19 que está recibiendo el/la menor que se mencionó antes se le administra según una Autorización para Uso de Emergencia (EUA, en inglés) de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). Recibí y leí la Hoja de datos de la autorización para uso de emergencia para las personas que reciben esta vacuna (y/u otros documentos sobre la vacuna que se me entregaron), que explica totalmente los riesgos y los beneficios de recibir esta vacuna. Declaro que Salud Pública del Condado de Hamilton (Hamilton County Public Health - HCPH) no ha dado ninguna garantía, a mí ni al/a la menor que se mencionó antes, sobre los resultados de esta vacuna, y entiendo que el/la menor que se mencionó antes puede experimentar efectos secundarios después de recibir la vacuna. Dependiendo del fabricante de la vacuna, entiendo también que si es necesario administrar esta vacuna como una serie de 2 dosis, acepto que programaré una cita para recibir la segunda dosis para el/la menor, sin demora, según las indicaciones.

Declaro que es mi decisión personal que el/la menor que se mencionó antes reciba esta vacuna contra COVID-19 con autorización para uso de emergencia, y doy permiso al HCPH para que le administre esta vacuna. Al firmar más adelante, confirmo también que: el/la mejor que se mencionó tiene 12 años o más, he leído esta Declaración o se me comunicó de una manera eficaz; se me respondieron de manera satisfactoria todas las preguntas que pueda haber tenido sobre la declaración o los documentos sobre la vacuna que me proporcionó el HCPH; entiendo y acepto todos los términos de esta Declaración; soy el padre, la madre o el tutor legal del/de la menor que se mencionó antes y he firmado esta Declaración voluntariamente.

Firma del/de la paciente o del padre, madre o tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde del/de la paciente o del padre, madre o tutor legal: \_\_\_\_\_