



Consentimiento informado para la vacuna COVID-19

Se me ha proporcionado información sobre la vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNTech. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y se me proveyó la oportunidad de realizar preguntas sobre la vacuna. Doy mi consentimiento para que la persona identificada abajo reciba la vacuna contra COVID-19 Pfizer-BioNTech.

Nombre de el/la menor que recibirá la vacuna

Fecha de nacimiento de el/la menor que recibirá la vacuna

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

Sí No

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

Firma del pare/madre o tutor legal

Fecha

Relación con el/la paciente