

Vacunación contra el COVID-19
Planilla de consentimiento para menores de 18 años**Información sobre la persona que recibirá la vacuna contra el COVID-19:****Nombre:** _____
Primer nombre Inicial del segundo nombre Apellido**Fecha de nacimiento:** _____
mm/dd/yyyy**Dirección:** _____
Dirección de calle

Ciudad Estado Código postal**Al firmar este documento, reconozco que:**

- He leído la hoja informativa para receptores y proveedores de cuidado, autorización de uso de emergencia (EUA) de la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-Biontech para prevenir la enfermedad del COVID-19 en:
 - [Personas de 12 años de edad y mayores](#)
 - [Personas de 5 a 11 años de edad](#)
- Se me ha informado sobre [el registro de inmunizaciones de California \(California Immunization Registry, CAIR\) para pacientes y padres](#) y entiendo que mis datos de vacunación o los de mi hijo se ingresarán en el sistema CAIR, y que tengo derecho a optar por que mi información (y la de mi hijo) no sea compartida con otras organizaciones.
- Doy permiso al Condado de Los Ángeles y a los socios de vacunación participantes para que se comuniquen conmigo con respecto a recordatorios importantes de vacunas y acceso a un registro de vacunación electrónico.
- Si tengo un seguro médico que me cubra a mí o a mi hijo, doy permiso para que se facture a mi compañía de seguros por los costos de administración de la vacuna. El gobierno abona la vacuna en sí y no se me cobrará esa parte del costo de mi vacuna.
- Por la presente autorizo que esta vacuna se me administre a mí o a la persona nombrada anteriormente para quien estoy autorizado a dar mi consentimiento.

_____ Firma del representante legalmente autorizado o menor independiente	_____ Fecha
_____ Nombre	_____ Relación con el menor

Número de teléfono (se prefiere el teléfono celular)**Soy un menor emancipado o autosuficiente o estoy (o estuve) casado.**
(Si marca esta casilla, se le pedirá que lo atestigüe en su cita de vacunación)