

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR LA VACUNA CONTRA EL COVID-19

Se me brindó información sobre la autorización para el uso de emergencia de la vacuna contra el COVID 19 de Pfizer BioNTech. Entiendo los beneficios y los riesgos que conlleva y tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre la vacuna. Doy mi consentimiento para que el paciente que se indica a continuación reciba la vacuna contra el COVID 19 de Pfizer BioNTech según la autorización para el uso de emergencia.

NOMBRE DEL MENOR QUE RECIBIRÁ LA VACUNA

FECHA DE NACIMIENTO DEL MENOR QUE RECIBIRÁ LA VACUNA

Confirmando que el menor que recibirá la vacuna tiene 12 años o más:

sí no

Si usted es el padre, la madre o el representante autorizado, firme y escriba la fecha debajo a fin de indicar su consentimiento para que el menor reciba la vacuna contra el COVID 19 de Pfizer BioNTech.

FIRMA DEL PADRE, LA MADRE O EL REPRESENTANTE AUTORIZADO FECHA

RELACIÓN CON EL PACIENTE

