

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ÁNGELES
VACUNACIÓN CONTRA COVID-19
CONSENTIMIENTO PARA INDIVIDUOS MENORES DE 18 AÑOS**

QUE RECIBIRÁN LA VACUNA COVID-19

Nombre: _____

Nombre
Segundo nombre
Apellido

Fecha de Nacimiento: _____
dd-mm-aaaa

Núm. de ID estudiantil: _____

RECONOCIMIENTO POR PARTE DE LA PERSONA AUTORIZADA A DAR SU CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN DEL MENOR CONTRA COVID-19:

- He leído el documento de referencia: [Hoja informativa para receptores y cuidadores: Autorización de uso de emergencia \(EUA\) de la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 para prevenir COVID-19.](#)
- Tengo la autoridad legal para dar mi consentimiento para que el menor mencionado anteriormente sea vacunado con la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 ("vacuna Pfizer").
- Reconozco que sólo los menores de 5 a 17 años actualmente son elegibles para recibir la Vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNTech, y por la presente doy fe de que la persona identificada arriba está dentro de ese rango de edad.
- Entiendo que, si el menor mencionado anteriormente tiene entre 12 y 17 años, no estoy obligado(a) a acompañar al menor mencionado arriba a la cita de vacunación y, al dar mi consentimiento a continuación, el niño/la niña recibirá la vacuna Pfizer, con o sin mi presencia en la cita de vacunación.
- Entiendo que si el menor mencionado anteriormente tiene entre 5 y 11 años, un padre o tutor debe acompañar al menor mencionado arriba a la cita de vacunación, o designar, por escrito, a un adulto responsable para hacerlo. Entiendo que este adulto debe mostrar una identificación con foto.
- Se me ha informado acerca del [Aviso del registro de inmunizaciones de California \(CAIR\) para pacientes y padres.](#) Entiendo que los datos de inmunización serán ingresados en el sistema CAIR y que tengo el derecho de optar por no permitir que la información sea compartida con otras organizaciones. Puedo negarme a permitir que se siga compartiendo la información y puedo solicitar que el registro CAIR2 sea bloqueado visitando el formulario web en [Solicitud para Bloquear mi Registro en CAIR:](#)
<https://cairforms.cairweb.org/SharingRequestForm/SharingRequestForm?SharingType=1&Language=Sp>
- Reconozco que al firmar este formulario, autorizo al Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles, al Condado de Los Ángeles y a los socios participantes en la vacunación a que se pongan en contacto conmigo en relación con recordatorios importantes sobre las vacunas y el acceso a un registro electrónico de vacunación.
- He recibido el [Aviso sobre las Prácticas de Confidencialidad](#) del Distrito Unificado de Los Ángeles.

Por la presente autorizo a que esta vacuna se administre al menor nombrado anteriormente para quien estoy autorizado(a) a dar mi consentimiento.

Firma del representante legalmente autorizado	Fecha
Nombre y apellido	Relación con el menor
Número de teléfono (preferiblemente un teléfono celular)	
Nombre de la persona de contacto en emergencias	
Número de teléfono de la persona de contacto en emergencias (preferiblemente un teléfono celular)	

Sólo para niños de 5 a 11 años que no estén acompañados por sus padres o tutores legales:

Nombre del adulto responsable que acompañará al menor