

Consentimiento informado de la vacunación COVID-19 para menores de 16 años

A su(s) hijo/a(s) se les ofrece una vacuna para prevenir la Enfermedad por Coronavirus 2019 (COVID-19) causada por el SARS-CoV-2 (en adelante, la "Vacuna COVID-19").

Este documento de consentimiento informado, junto con la "Hoja informativa para receptores y cuidadores" (disponible en <https://www.fda.gov/emergency-preparedness-and-response/coronavirus-disease-2019-covid-19/comirnaty-and-pfizer-biontech-coivd-19-vaccine#additional>), contiene información destinada a ayudarle a comprender los posibles riesgos y beneficios asociados al recibir la vacuna COVID-19.

La vacuna COVID-19 puede evitar que su hijo/a contraiga COVID-19. La Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA por sus siglas en inglés) no ha aprobado una vacuna para prevenir COVID-19 en niños/as menores de 16 años. Sin embargo, la FDA ha autorizado el uso de emergencia de la Vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNTech para prevenir COVID-19 en individuos de 5 a 15 años de edad bajo una Autorización de Uso de Emergencia (EUA por sus siglas en inglés). La Vacuna COVID-19 es administrada por un proveedor de salud autorizado bajo contrato con el Estado de Massachusetts (o su designado) como una serie de 2 dosis, con 3 semanas de diferencia, en el músculo.

La Vacuna COVID-19 puede no proteger a todo el mundo. Los efectos secundarios que se han notificado con la Vacuna COVID-19 incluyen dolor en el lugar de la inyección, cansancio, dolor de cabeza, dolor muscular, escalofríos, dolor en las articulaciones, fiebre, hinchazón en el lugar de la inyección, enrojecimiento en el lugar de la inyección, náuseas, sensación de malestar e inflamación de los ganglios linfáticos. Existe una remota posibilidad de que la Vacuna COVID-19 pueda causar una reacción alérgica grave. Una reacción alérgica grave suele producirse entre unos minutos y una hora después de recibir una dosis de la Vacuna COVID-19. Por esta razón, su proveedor de vacunas puede pedirle que permanezca en el lugar donde recibió la vacuna para controlarlo/a después de la vacunación. Los signos de una reacción alérgica grave pueden incluir dificultad para respirar, hinchazón de la cara y la garganta, latidos rápidos del corazón y/o una fuerte erupción en todo el cuerpo.

Al firmar este formulario, acepto que:

1. He revisado este consentimiento informado, así como la "Hoja informativa para receptores y cuidadores", que incluye información más detallada sobre los posibles riesgos y beneficios de la vacuna COVID-19.
2. Tengo la autoridad legal para consentir que mi hijo/a sea vacunado/a con la Vacuna COVID-19.
3. Entiendo que, aunque se tomarán precauciones para la seguridad de mi hijo/a, ni Mass General Brigham ni ninguno de sus respectivos fideicomisarios, funcionarios, empleados o patrocinadores de la organización son responsables de cualquier accidente o lesión que pueda ocurrirme a mí (o a mi hijo/a), como resultado de haber aceptado recibir la Vacuna COVID-19.
4. Entiendo que aceptar recibir la Vacuna COVID-19 es opcional, y que puedo negarme a dar esta autorización.
5. Doy permiso para que se facturen a mi compañía de seguros los costos de administración de la Vacuna COVID-19. El gobierno paga la Vacuna COVID-19 en sí, y no se me facturará esa parte del costo de mi inmunización.
6. Entiendo que, como lo exige la ley estatal, todas las vacunas serán reportadas al Sistema de Información de Inmunización de Massachusetts (MIIIS por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud Pública. Puedo acceder a la hoja informativa del MIIIS para padres y pacientes, en www.mass.gov/dph/miis, para obtener información sobre el MIIIS y qué hacer si me opongo a que mis datos o los de mi familia se compartan con otros proveedores en el MIIIS.

Yo, el abajo firmante, he revisado la información mencionada anteriormente, incluyendo la información relativa a los posibles beneficios y riesgos de la Vacuna COVID-19. Puedo recibir una copia de este consentimiento si lo solicito. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas antes de firmar este documento, y se me ha dicho que puedo hacer preguntas adicionales en cualquier momento.

Doy mi consentimiento para que mi hijo/a reciba la vacuna COVID-19.

Firma del paciente (o padre/madre/tutor, si corresponde):
Nombre en letra de imprenta del padre/madre/tutor (si corresponde):
Relación con el paciente (si corresponde):
Fecha: