

DEPARTAMENTO DE SALUD DE NUEVO MÉXICO
CONSENTIMIENTO DEL PADRE O TUTOR PARA QUE EL MENOR RECIBA LA VACUNA COVID-19

Yo, _____, padre, tutor o representante legal autorizado doy el consentimiento para el tratamiento médico del menor que se menciona a continuación y permito que los proveedores médicos autorizados del Departamento de Salud de Nuevo México ("NMDOH") administren la vacuna COVID-19 al niño nombrado a continuación con o sin mi presencia física. (El representante legal incluye cualquier tutor o guardián, o un adulto con una declaración jurada de cuidador debidamente ejecutada).

Entiendo que después de la administración de la vacuna, el NMDOH observará al niño.

- Si el menor no está acompañado por un adulto, el niño será vigilado durante un periodo de 30 minutos para detectar una reacción adversa.
- Si el niño está acompañado por un adulto, puede ser entregado al cuidado del adulto después de un período de 15 minutos de observación de una reacción adversa.
- Si el menor tiene una condición médica que aumente el riesgo de una reacción, el niño será monitoreado por un período de 30 minutos para detectar una reacción adversa.

Si se produce una reacción, autorizo cualquier tratamiento médico de emergencia necesario y entiendo que el NMDOH me notificará lo antes posible. Además, reconozco que este consentimiento puede ser verificado en persona o verbalmente por teléfono antes de la administración de la vacuna si hay preguntas.

Entiendo que el menor recibirá una vacuna COVID-19 aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos bajo una Autorización de Uso de Emergencia.

He tenido acceso a la " HOJA INFORMATIVA PARA RECIPIENTES Y CUIDADORES " de la vacuna COVID-19.
[Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine EUA Fact Sheet for Recipients and Caregivers \(fda.gov\)](https://www.fda.gov/vaccines-rx/COVID-19/vaccine-recipient-fact-sheet)
[Vaccine Recipient Fact Sheet | EUA | Moderna COVID-19 Vaccine \(modernatx.com\)](https://www.modernatx.com/COVID-19/vaccine-recipient-fact-sheet)
[Janssen COVID-19 Vaccine - EUA Fact Sheet for Recipients and Caregivers \(janssenlabels.com\)](https://www.janssenlabels.com/COVID-19/vaccine-recipient-fact-sheet)

Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y doy permiso para que el niño sea vacunado.

Vacunación que se administra **Pfizer-BioNTech**

Nombre del menor que recibe la vacuna: _____

Número de confirmación del menor: _____

Nombre del padre, tutor o representante legal: _____

Relación al menor: _____

Firma del padre, tutor o representante legal: _____

Fecha: _____

Teléfono de casa o del trabajo del padre, tutor o representante legal: _____