

Nombre Completo del Paciente _____

Estoy de acuerdo y doy mi consentimiento para que y hijo/a reciba la vacuna/s de COVID-19 del Condado de Fort Bend

La vacuna sera para [favor inicial] _____ Vacuna Pfizer: 2 dosis

Sera informado cuando la segunda dosis sea disponible.

Yo declaro que mi hijo/a tiene 12 años o mayor y que mi hijo/a:

1. No ha experimentado anafilaxia (respiracion dificultosa) o reacciones alergicas de previas vacunas o medicamentos inyectables.
2. No esta actualmente enfermo con fiebre, infeccion respiratoria activa o otra enfermedad moderada/severa.
3. No ha recibido tratamiento de anticuerpos monoclonales o plasma de convalecencia para el COVID-19 en los ultimos noventa (90) dias.

Yo entiendo que si mi hijo/a tiene una de las condiciones anteriores, mi hijo/a puede tener un mayor riesgo de tener una reaccion negativa o problema de la vacuna. Ademas declaro que si mi hijo/a tiene una de las siguientes condiciones, tengo la oportunidad de comunicarme con el proveedor primario del cuidado infantil y estoy haciendo una decision informada que mi hijo/a reciba la vacuna:

1. Embarasada, o intentando estar embarazada o amamantar;
2. Tiene un desorden sangrante o esta tomando un anticoagulante
3. Esta inmunodeprimido o esta tomando un medicamento que afecta el sistema inmune (como cortisona, prednisona, o otro tipo de esteroides, o medicamentos contra el cancer; medicamentos para el tratamiento de artritis reumatoide, enfermedad de Crohn o soriasis; VIH/SIDA, cancer, leucemia, espondiloartritis anquilosante o tratamientos de radiacion).

Yo entiendo que la vacuna de COVID-19 es una serie de dos (2) vacunas. Firmando este consentimiento, estoy de acuerdo que mi hijo/a va a recibir la primera y segunda parte de la serie de vacunas.

Yo entiendo que los riesgos comun asociados con la vacuna de COVID-19 incluye pero no son limitados a dolor, enrojecimiento o hinchazon en la area de la vacuna, cansancio, dolor de cabeza, dolor muscular, escalofrios, dolor en las articulaciones, fiebre, nausea, sentirse mal o ganglios linfaticos inflamados (linfadenopatia) Yo entiendo que la vacuna puede causar reaccion alergica severa que puede incluir anafilaxia (respiracion dificultosa, hinchazon de la cara o garganta, latidos cardiacos acelerados, sarpullido en todo el cuerpo, mareos o debilidad). Yo entiendo que pueda ser que no son todos los

efectos secundarios de la vacuna COVID-19 ya que la vacuna todavia sigue siendo estudiada en ensayos clinicos. Yo entiendo que no es posible predecir todos los efectos secundarios o complicaciones que puedan estar asociados con la vacuna. Yo entiendo que los efectos secundarios a largo plazo o complicaciones de esta vacuna no son conocidos en este momento.

Yo entiendo que la vacuna se esta dando por el Condado de Fort Bend. En consideracion de el recibo de menor de edad de la vacuna COVID-19, Yo estoy de acuerdo como Padre/Madre/Guardian de el menor nombrado debajo a liberar, indemnizar y mantener inofensivo a el Condado de Fort Bend, sus empleados, oficiales, voluntarios, o agentes (colectivamente "el Condado") de cualquier y todas las reclamaciones hechas o relativo que surja el menor o causadas POR INCLUYENDO PERO NO LIMITADO A LA PERDIDA, LESION O MUERTE CAUSADA O CONTRIBUIDO A LA NEGLIGENCIA O NEGLIGENCIA GRAVE DE EL CONDADO FORT BEND Y/O SUS EMPLEADOS, OFICIALES, VOLUNTARIOS Y AGENTES.

Yo e leido y e entendido –Pfizer EUA por la FDA con respecto a la vacunacion de el COVID-19. Ademas entiendo y estoy de acuerdo que el Condado de Fort Bend es requerido a entregar data de la adminstracion de las vacunas COVID-19 a el Sistema de Informacion de Inmunizacion de Texas y reportar eventos adversos moderados y severos despues de las vacunas a el Sistema de Reportes de Eventos Adversos de Vacunas (VAERS).

En el evento que mi hijo/a requiera tratamiento medico y no pueda ser contactado/a inmediatamente, o si al contactarme no es factible por razones de emergencia, por el/la presente autorizo cualquier tratamiento. Y estoy de acuerdo que cualquier tratamiento es mi reponsabilidad financiera.

Yo entiendo y estoy de acuerdo con toda la informacion de arriba y por el/la presente doy mi consentimiento a el Condado de Fort Bend para darle la vacuna de COVID-19 a mi hijo/a. y acuso recibo de la Notificacion de Practicas de el Condado Fort Bend. Yo soy el Padre/Madre/Guardian de el participante mencionado debajo quien es niño/a menor (menores de 18 años). Firmando como Padre/Madre/Guardian, estoy de acuerdo en parte de el Participante, a la totalidad de las declaraciones anteriores.

Firma del Individuo/Guardian: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde _____

Nombre en letra de molde del menor(si alguno/a) _____

