



VACUNA CONTRA LA COVID-19

Consentimiento para personas de entre 12 y 17 años

Información sobre la persona que recibirá la vacuna contra la COVID-19:

Nombre: _____
Nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Fecha de nacimiento: _____
mm/dd/aaaa

Dirección: _____
Dirección postal

Ciudad Estado Código postal

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, RECONOZCO LO SIGUIENTE:

- He leído la Hoja informativa para beneficiarios y cuidadores sobre la Autorización de uso de emergencia (EUA) de la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-Biontech para prevenir la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en personas mayores de 12 años.
- Autorizo al Departamento de Salud del condado de Will y a los socios de vacunación participantes a que le envíen información sobre el registro de vacunación a I-CARE o Intercambio Integral Automatizado de Registro de Vacunación de Illinois, una aplicación basada en la web para compartir registros de vacunación desarrollada por el Departamento de Salud Pública de Illinois (IDPH) que se utiliza para compartir información sobre registros de vacunación con otros médicos de todo el estado.
- Por el presente autorizo que esta vacuna sea proporcionada a la persona que se nombra arriba de quien soy el padre/la madre/el tutor legal autorizado/a para prestar consentimiento.

Firma del representante legalmente autorizado o del menor independiente

Fecha

Nombre

Relación con el menor

Número de teléfono (se prefiere número de teléfono celular)

