

Consentimiento informado - Vacunación contra la COVID-19 para menores de 18 años

Se está ofreciendo a su(s) hijo(s) una vacuna para prevenir la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) causada por el SARS-CoV-2 (en adelante, "vacuna contra la COVID-19").

Este consentimiento informado, así como la "Hoja informativa para receptores y cuidadores" (disponible en <https://www.fda.gov/media/144414/download>), contienen información que le ayudará a comprender los posibles riesgos y beneficios relacionados con la administración de la vacuna contra la COVID-19.

La vacuna contra la COVID-19 puede evitar que su hijo/a contraiga COVID-19. No hay una vacuna aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los EE. UU. para prevenir la COVID-19. Sin embargo, la FDA ha autorizado el uso de emergencia de la vacuna contra la COVID-19 de **Pfizer-BioNTech** para prevenir la COVID-19 en personas mayores de 12 años en virtud de una Autorización para uso de emergencia (EUA, por sus siglas en inglés). La vacuna contra la COVID-19 será administrada por un proveedor de salud autorizado en virtud del contrato con la Mancomunidad de Massachusetts (o la persona designada) en una serie de 2 dosis, con 3 semanas de diferencia, aplicadas en el músculo.

La vacuna contra la COVID-19 podría no proteger a todos. Los efectos secundarios de la vacuna contra la COVID-19 que se han notificado incluyen dolor, hinchazón y enrojecimiento en el sitio de la inyección, cansancio, dolor de cabeza, dolor muscular, escalofríos, dolor en las articulaciones, fiebre, náuseas, malestar e inflamación de los ganglios linfáticos. Existe una remota posibilidad de que la vacuna contra la COVID-19 cause una reacción alérgica grave. Una reacción alérgica grave podría presentarse normalmente entre unos minutos y una hora después de recibir una dosis de la vacuna contra la COVID-19. Por este motivo, su proveedor a cargo de la vacunación podría pedirle que se quede en el lugar donde recibió la vacuna para vigilarlo después de la vacunación. Los signos de una reacción alérgica grave pueden incluir dificultad para respirar, hinchazón del rostro y la garganta, latidos cardíacos acelerados o un sarpullido grave por 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 contra la COVID-19.
2. Tengo la autoridad legal para permitir que mi hijo/a reciba la vacuna contra la COVID-19.
3. Comprendo que, si bien se tomarán precauciones para la seguridad de mi hijo/a, ni Mass General Brigham ni ninguno de sus respectivos administradores, directivos, empleados o patrocinadores de la organización son responsables de cualquier accidente o lesión que pueda ocurrirme (o a mi hijo/a), como resultado de haber aceptado recibir la vacuna contra la COVID-19.
4. Comprendo que aceptar la administración de la vacuna contra la COVID-19 es opcional y que puedo negarme a otorgar esta autorización.
5. Autorizo que los costos de la administración de la vacuna contra la COVID-19 sean facturados a mi compañía de seguros. El gobierno se encarga de financiar la vacuna contra la COVID-19 en sí, y no se me facturará esa parte del costo de mi vacunación.
6. Comprendo que, tal como lo exige la ley estatal, todas las vacunaciones se informarán al Sistema de información sobre vacunación de Massachusetts (MIIS, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud Pública. Puedo acceder a la hoja informativa del MIIS para padres y pacientes, en www.mass.gov/dph/miis, a fin de obtener información sobre el MIIS y qué hacer si me opongo a que mis datos o los de mi familia se compartan con otros proveedores en el MIIS.

Yo, quien suscribe, he revisado la información mencionada anteriormente, incluida la información relativa a los posibles beneficios y riesgos de la vacuna contra la COVID-19. Si lo solicito, puedo recibir una copia de este consentimiento. He tenido la oportunidad de realizar preguntas antes de firmar este documento y se me ha indicado que puedo realizar preguntas adicionales en cualquier momento.

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

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