

Patient minor consent form - COVID-19 Vaccine

Patient Information

First name

Middle initial
(optional)

Last name

Date of birth (MM/DD/YYYY)

Minor consent

I declare that I am (must check one):

- The parent of the above-named minor child
- The legal guardian of the above-named minor child
- An emancipated minor at least 16 years of age
- A person with authority to make healthcare decisions on behalf of the above-named minor child. Describe legal relationship here:

I attest to the following

All circles must be checked in order for the minor to be vaccinated:

- I have read and understand the COVID-19 FDA Fact Sheets and/or manufacturer web info links (as applicable) and understand the risks and benefits: **Moderna** <https://www.fda.gov/media/167209/download?attachment> | **Spikevax™** https://assets.modernatx.com/m/4fe30ac736607490/original/ppi-0017_spikevax-2023-2024-formula-patient-information-12y-us-english.pdf | **Pfizer** <https://www.fda.gov/media/167212/download?attachment> | **Comirnaty®** <https://www.comirnaty.com/twelve-years-and-older> | **Novavax** <https://www.fda.gov/media/159898/download?Attachment>
- I GIVE CONSENT for the minor patient to receive the COVID-19 vaccine. [If you do NOT give consent, do not complete this form.]
- I understand that by providing my voluntary consent, the minor patient can receive the COVID-19 vaccine with or without a parent or guardian being physically present at the vaccination appointment.
- I consent to and authorize all medically necessary treatment in the rare event that the minor patient has a reaction to the vaccine, including but not limited to redness, swelling, tiredness, chills, fever, and other reactions.
- I understand that all immunizations will be reported to the California Immunization Registry (CAIR2). I understand the information in the patient's CAIR2 record will be shared with the local health department and California Department of Public Health, shall be treated as confidential medical information, and shall be used only as allowed by law. I may refuse to allow the information to be further shared and can request the CAIR2 record be locked by visiting the request to lock my CAIR record web page: <https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DCDC/CAIR/Pages/CAIR-records-forms.aspx>

Parent/guardian Information

Please write your full name

Email address

Mobile number

Address (Street number & name, City, State, ZIP Code)

By signing my name and today's date below, I am providing consent for the above-named minor child to receive the COVID-19 vaccine and certify that (1) I am authorized to provide this consent and (2) all of the information I have provided on this form is true and correct to the best of my knowledge.

Parent/guardian signature

Date signed (MM/DD/YYYY)

Formulario de consentimiento del paciente menor - vacuna del COVID-19

Información del paciente

Nombre

Inicial del segundo nombre (opcional)

Apellido

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Consentimiento del menor

Declaro que soy (debe marcar una opción):

- El padre/la madre del menor mencionado anteriormente
- El tutor legal del menor mencionado anteriormente
- Un menor emancipado de, al menos, 16 años de edad
- Una persona autorizada para tomar decisiones de atención médica

en nombre del menor mencionado anteriormente. Describa la relación legal aquí:

Doy fe de lo siguiente

Deben marcarse todos los círculos para que se vacune al menor:

- He leído y comprendo las Hojas informativas de la FDA sobre COVID-19 y/o los enlaces de información web del fabricante (según proceda) y comprendo los riesgos y beneficios: **Moderna** <https://www.fda.gov/media/167209/download?attachment> | **Spikevax™** https://assets.modernatx.com/m/4fe30ac736607490/original/ppi-0017_spikevax-2023-2024-formula-patient-information-12y-us-english.pdf | **Pfizer** <https://www.fda.gov/media/167212/download?attachment> | **Comirnaty®** <https://www.comirnaty.com/twelve-years-and-older> | **Novavax** <https://www.fda.gov/media/159898/download?Attachment>
- DOY MI CONSENTIMIENTO para que el paciente menor recibe la vacuna del COVID-19. [Si NO da su consentimiento, no complete este formulario]
- Comprendo que al dar mi consentimiento voluntario, el paciente menor de edad puede recibir la vacuna del COVID-19 con o sin la presencia física del padre, la madre o un tutor en la cita de vacunación.
- Doy mi consentimiento y autorizo todo tratamiento que sea médicamente necesario en el caso excepcional de que el paciente menor de edad tenga una reacción a la vacuna, por ejemplo, picazón, hinchazón, desmayo, anafilaxia y otras reacciones.
- Entiendo que todas las vacunas se informarán al Registro de Inmunización de California (California Immunization Registry, CAIR2). Entiendo que la información en el registro CAIR2 del paciente se compartirá con el departamento de salud local y el Departamento de Salud Pública de California, se tratará como información médica confidencial y se utilizará solo según lo permita la ley. Puedo negarme a permitir que la información se siga compartiendo y puedo solicitar que se bloquee el registro CAIR2 visitando el formulario web de solicitud para bloquear mi registro CAIR. <https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DCDC/CAIR/Pages/CAIR-records-forms.aspx>

Información de los padres/tutores

Escriba su nombre completo

Dirección de correo electrónico

Número de teléfono celular

Dirección (número de calle y nombre, ciudad, estado, código postal)

Al firmar y escribir la fecha de hoy a continuación, doy mi consentimiento para que el menor de edad mencionado anteriormente reciba la vacuna contra el COVID-19, y certifico que (1) estoy autorizado a dar este consentimiento, y que (2) toda la información que he proporcionado en este formulario es cierta y correcta según mi conocimiento:

Firma del padre, la madre o un tutor

Fecha de la firma (MM/DD/AAAA)