

CONSENTIMIENTO PARA LA INMUNIZACIÓN DE UN MENOR

(Solo para la vacuna COVID-19 administrada a menores de 16 años o mayores)

Persona para quien se solicita vacunación (MENOR):
 _____ (PACIENTE)

Por favor imprimir

Fecha de nacimiento: _____

Fecha de inicio del tratamiento de vacunación: _____
 (La fecha debe completarse antes de firmar o el CONSENTOR debe estar presente para la vacunación)

Individuo que da su consentimiento para la vacunación del PACIENTE
 _____ (CONSENTOR)

Por favor imprimir

Relación del CONSENTOR con el PACIENTE: _____

Si el CONSENTOR no es un padre o tutor principal, los padres del PACIENTE y cualquier tutor principal son: _____

Sección 1

<p>1. ¿El CONSENTOR es:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. ¿Guardián del PACIENTE; o b. ¿Una persona autorizada por la ley de otro estado para dar su consentimiento para el PACIENTE? <p>Si la respuesta es SÍ, pase a la pregunta 4. Si la respuesta es NO, continúe con la Pregunta 2.</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>2. ¿Hay una persona identificada en la Pregunta 1 disponible para firmar este formulario como CONSENTOR?</p> <p>Si la respuesta es SÍ, pídale a esa persona que complete y firme una copia de este formulario. Si la respuesta es NO, continúe con la Pregunta 3.</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>3. ¿El CONSENTOR es alguno de:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. un abuelo/a de PACIENTE; b. un hermano o hermana adulto del PACIENTE; c. un tío o tía adulto de PACIENTE; d. padrastro o madrastra del PACIENTE; e. un adulto que tiene el cuidado, el control y la posesión reales del PACIENTE y tiene una autorización por escrito para dar el consentimiento al PACIENTE de un padre, tutor principal, tutor u otra persona que, según la ley de otro estado o una orden judicial, puede dar su consentimiento para el PACIENTE ; f. un adulto que tiene cuidado, control y posesión real del PACIENTE bajo una orden de un tribunal de menores o por compromiso de un tribunal de menores al cuidado de una agencia del estado o condado; o g. un adulto que tiene el cuidado, el control y la posesión reales del PACIENTE como el cuidador principal del PACIENTE? <p>Si la respuesta es SÍ, pase a la pregunta 4. Si la respuesta es NO, pida a una persona identificada en la Pregunta 1 o 3 que complete y firme este formulario.</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>4. ¿Sabe el CONSENTOR que un padre, tutor encargado, tutor del PACIENTE u otra persona que, según la ley de otro estado o una orden judicial, pueda dar su consentimiento para el Paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> a. se ha negado expresamente a dar su consentimiento para la inmunización; b. se le ha dicho que no dé su consentimiento para el PACIENTE; o c. ha retirado una autorización previa por escrito para que el CONSENTOR consienta? <p>Si la respuesta es SÍ, solicite a una persona identificada en la Pregunta 1 que complete y firme este formulario. Si la respuesta es NO, continúe con la Sección 2.</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>

Sección 2

De conformidad con la Ley Nacional de Lesiones por Vacunas Infantiles de 1986 (42 USC Sección 300aa-1 et seq.), Estados Unidos estableció el Programa Nacional de Compensación por Lesiones por Vacunas (VICP) para permitir la recuperación de algunos gastos no reembolsados por ciertas lesiones que surjan de la administración de ciertas vacunas. Para obtener un reembolso por una lesión, debe presentar un reclamo ante el VICP. La información sobre el VICP está disponible en <https://www.hrsa.gov/vaccine-compensation/index.html> y puede llamar al 202-357-6400 para obtener documentos de muestra para presentar un reclamo.

Sección 3

Al firmar este formulario, el CONSENTOR reconoce lo siguiente:

- Doy mi consentimiento voluntario para que el PACIENTE reciba la vacuna COVID-19 en UT Austin después de considerar cuidadosamente los riesgos y beneficios;
- UT Austin me recomendó que consultara con el proveedor médico del PACIENTE para analizar los riesgos, beneficios y posibles efectos secundarios personales del PACIENTE de recibir la vacuna COVID-19;
- Recibí información sobre los posibles efectos secundarios de la vacuna COVID-19 para el PACIENTE, como se presenta en el folleto de información de Autorización de uso de emergencia que se me proporcionó;
- Recibí información sobre los riesgos y efectos secundarios conocidos, la posibilidad de reacciones adversas desconocidas y la necesidad de un enmascaramiento / distanciamiento social continuo después de que el PACIENTE recibe la vacuna COVID-19;
- UT Austin me proporcionó una tarjeta de vacunación COVID-19 completa para el PACIENTE y / o acceso a un registro de vacunación electrónico;
- Entiendo que si el PACIENTE experimenta efectos secundarios adversos después de recibir la vacuna COVID-19, me pondré en contacto con el médico de atención primaria del PACIENTE o con UT Austin de inmediato;
- Entiendo que las vacunas COVID-19 administradas en UT Austin serán rastreadas e informadas a ImmTrac, y según lo requiera el gobierno local, estatal y federal.

Firma del CONSENTOR

Fecha