



# Reconocimiento para vacunación contra la COVID-19

Debe ser firmado por un padre/madre o tutor legal para RECIBIR LA VACUNA.

Escriba el nombre completo del paciente, de forma legible y en mayúsculas.

Nombre:

Apellido:

Fecha de nacimiento:  /  /

- [Pfizer-BioNTech Hoja Informativa de Autorización de Uso de Emergencia \(EUA, por sus siglas en inglés\) de la Vacuna contra la COVID-19](#)

Mediante la firma de este formulario, doy fe de que soy el padre/madre o tutor legal con custodia del menor de edad antes mencionado y doy mi permiso para que se le administre la VACUNA CONTRA LA COVID-19. Asimismo, confirmo que he leído la información sobre la VACUNACIÓN o alguien me la ha explicado; Entiendo los riesgos y beneficios de RECIBIR LA VACUNA y se han respondido todas las preguntas que tenía sobre la VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19.

1. He leído la Hoja Informativa de EUA de la Vacuna contra la COVID-19 proporcionada.
2. Entiendo que la vacuna contra la COVID-19 debe estar separada de otras vacunas por al menos 14 días.
3. Autorizo a St. Luke's University Health Network/Geisinger St. Luke's a administrar la vacuna contra la COVID-19 a mi hijo menor de edad.

Firma del padre/madre o tutor legal \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre o tutor legal en letra de imprenta \_\_\_\_\_

Relación con el menor (madre, padre, tutor legal) \_\_\_\_\_

Fecha actual \_\_\_\_\_