

VOLUNTARY CONSENT TO COVID-19 VACCINE FOR MY MINOR CHILD:

I understand that COVID-19 can have serious, life-threatening complications (<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/symptoms.html>), and there is no way to know how COVID-19 will affect me. I further understand that a COVID-19 vaccine may help keep me from becoming seriously ill, even if I do become infected with COVID-19.

I have reviewed my specific vaccine EUA Fact Sheet or have had its contents including the benefits, the usual and most frequent risks of receiving this vaccine, and alternatives explained to me, based upon currently available information. Depending upon the COVID-19 vaccine that I receive, I may require one or two injections. I understand that:

- This vaccine is authorized for use under Emergency Use Authorization (EUA) issued by the U.S. Food and Drug Administration (FDA). Under an EUA, the FDA may allow the use of unapproved medical products, or unapproved uses of approved medical products, in an emergency to diagnose, treat, or prevent serious or life-threatening diseases or conditions when certain statutory criteria have been met, including that there are no adequate, approved, and available alternatives.
- It is unclear how long any potential benefits of the vaccine may last. Additional research is needed to answer this question.
- I may still become ill with COVID-19 and may be able to transmit the virus to other individuals.

I understand and acknowledge record of this vaccine administration to me will be reported to the state and/or federal regulatory bodies in compliance with reporting for inventory management and use of National Stockpile vaccine supply.

Precautions/Contraindications: (Vaccine may not be administered depending on your responses)

Fever or feeling ill today?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes – Defer until feeling better.
Have you ever received a dose of COVID-19 vaccine?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes – Ensure same vaccine and appropriate interval
History of severe allergic reaction (e.g., anaphylaxis) to any component of this vaccine?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes – STOP. Do NOT vaccinate.
History of severe allergic reaction (e.g., anaphylaxis) to another vaccine (not including this vaccine)?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes – Requires 30 min observation.
History of severe allergic reaction (e.g., anaphylaxis) to an injectable therapy?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes – Requires 30 min observation.
History of other serious allergic reaction (e.g., anaphylaxis) due to any cause	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes – Requires 30 min observation.

Name of Minor (Print Clearly): _____ DOB: _____

Parent/ Guardian Consenting (Print Name): _____

Signature of Parent/ Guardian Consenting: _____ Today's Date: _____

CONSENTIMIENTO VOLUNTARIO PARA LA VACUNA COVID-19 PARA MI HIJO MENOR:

Entiendo que el COVID-19 puede tener complicaciones graves y potencialmente mortales (<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/sintomas-test/sintomas.html>), y no hay forma de saber cómo el COVID-19 me afectará. Además, entiendo que una vacuna COVID-19 puede ayudarme a evitar que me enferme gravemente, incluso si me infecta con COVID-19.

He revisado mi hoja de datos EUA de vacuna específica o se me ha explicado su contenido, incluidos los beneficios, los riesgos habituales y más frecuentes de recibir esta vacuna, y las alternativas, según la información disponible actualmente.

Dependiendo de la vacuna COVID-19 que reciba, es posible que necesite una o dos inyecciones. Entiendo que:

- Esta vacuna está autorizada para su uso bajo la Autorización de uso de emergencia (EUA) emitida por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA). Según una EUA, la FDA puede permitir el uso de productos médicos no aprobados, o usos no aprobados de productos médicos aprobados, en una emergencia para diagnosticar, tratar o prevenir enfermedades o afecciones graves o potencialmente mortales cuando se cumplen ciertos criterios legales, incluidos que no existen alternativas adecuadas, aprobadas y disponibles.
- No está claro cuánto tiempo pueden durar los posibles beneficios de la vacuna. Se necesita investigación adicional para responder a esta pregunta.
- Todavía puedo enfermarme de COVID-19 y puedo transmitir el virus a otras personas.

Entiendo y reconozco que el registro de la administración de esta vacuna se notificará a los organismos reguladores estatales y / o federales de conformidad con los informes para la gestión de inventario y el uso del suministro de vacunas de National Stockpile.

Precauciones / Contraindicaciones: (Es posible que la vacuna no se administre dependiendo de sus respuestas)

¿Fiebre o malestar hoy?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí -Aplazar hasta que se sienta mejor.
¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna COVID-19?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí - Asegure la misma vacuna y el intervalo apropiado
Historial de reacción alérgica grave (p. Ej., Anafilaxia) a algún componente de esta vacuna?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí - Requiere 30 minutos de observación.
Historial de otra reacción alérgica grave (p. Ej., anafilaxia) debido a cualquier causa	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí - Requiere 30 minutos de observación.

Nombre de la menor : _____ DOB: _____

Consentimiento del padre / tutor (imprimir): _____

Firma del consentimiento del padre / tutor: _____ Fecha: _____