

Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine

Beth Israel Lahey Health Consentimiento para recibimiento da vacuna COVID-19 (Menores de 12 - 17 años)

El propósito de la vacuna para el COVID-19 es reducir el riesgo de infección por el virus que causa la Enfermedad por Coronavirus del 2019 (COVID-19) y disminuir el riesgo de enfermarse gravemente en caso de que ocurra una infección.

Hay dos vacunas mRNA para el COVID-19 aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (“FDA”) bajo la Autorización de Uso de Emergencia (“EUA”). Solo la vacuna Pfizer-BioNTech para el COVID-19 está aprobada para personas de 12 a 17 años. Por favor, revise la Hoja de Datos de la EUA de la Vacuna Pfizer-BioNTech para el COVID-19 para Receptores y Cuidadores para obtener detalles completos sobre la vacuna y los posibles efectos secundarios de la misma.

Hoja de Datos de la FDA - [fda.gov/media/144414/download](https://www.fda.gov/media/144414/download)

Razones para posponer la vacunación:

- Usted no debe recibir la vacuna Pfizer-BioNTech si tiene antecedentes de alergia grave o reacción inmediata de cualquier tipo (por ejemplo, anafilaxia, dificultad para respirar, urticaria, hinchazón alrededor de la boca, garganta u ojos) a una dosis previa de una vacuna mRNA para el COVID-19 (o cualquiera de sus componentes como polietilenglicol (PEG) o polisorbato).**
- Si tiene fiebre (temperatura de 100.4 grados o más), escalofríos o cualquier síntoma de infección por COVID-19, debe contactar a su proveedor de atención primaria para considerar hacerse la prueba del COVID-19 antes de la vacunación.
- Si le diagnosticaron recientemente COVID-19 o está en cuarentena por una exposición, debe esperar hasta que su proveedor de atención primaria recomiende finalizar el aislamiento o la cuarentena antes de la vacunación.
- Si ha recibido (o puede haber recibido en un ensayo clínico) cualquiera de los siguientes para el tratamiento de prevención del COVID-19: un anticuerpo monoclonal (como Regeneron o Bamlanivimab) o plasma de convalecencia, debe esperar 90 días después de esta fecha antes de recibir la vacuna, para que la vacuna sea lo más eficaz posible.

Otras consideraciones antes de la vacunación:

- Si está embarazada, amamantando o planea quedar embarazada, le recomendamos que consulte con su proveedor de atención médica si tiene alguna pregunta sobre si la vacunación es adecuada para usted.
- **Si tiene antecedentes de reacción alérgica inmediata (como anafilaxia, dificultad para respirar, urticaria o hinchazón alrededor de la boca, garganta u ojos) a cualquier otra vacuna o medicamento inyectable (intramuscular, intravenoso o subcutáneo) en el pasado, debe informarnos para que el seguimiento posterior a la vacunación sea más prolongado (30 minutos).**

Período obligatorio de observación posterior a la vacunación:

Se le vigilará para detectar cualquier signo de reacción alérgica inmediatamente después de la vacunación (mínimo 15 minutos, 30 minutos si ha tenido una reacción alérgica grave previa). Algunos síntomas de reacción alérgica son sarpullidos, sibilancias, dificultad para respirar, mareos y desmayos, hinchazón alrededor de la boca, garganta u ojos. Esta no es una lista exhaustiva. Por favor, notifíquenos de inmediato si nota alguno de estos síntomas o si tiene alguna otra inquietud.

Qué esperar después de su vacuna para el COVID-19:

La vacuna puede causar efectos secundarios en algunas personas, como dolor muscular, cansancio o fiebre leve. Estas reacciones significan que la vacuna está funcionando para ayudar a enseñarle a su cuerpo cómo combatir el COVID-19 si está expuesto. Para la mayoría de las personas, estos efectos secundarios no durarán más de uno o dos días.

Tener estos tipos de efectos secundarios NO significa que tenga COVID-19. Si tiene preguntas sobre su salud después de la vacunación, llame a su proveedor de atención primaria. Al igual que con cualquier medicamento, es raro pero posible tener una reacción grave, como no poder respirar. Es muy poco probable que esto suceda, pero sí sucede, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Por favor, informe todos los efectos secundarios de la vacuna al Sistema de Notificación de Eventos Adversos de Vacunas (VAERS) de la FDA/CDC en línea, vaers.hhs.gov/reportevent.html, o a través del número gratuito de VAERS (1-800-822- 7967). También puede informar a la herramienta en línea CDC v-safe (vsafe.cdc.gov).

Después de su vacunación para el COVID-19:

Incluso después de recibir su vacuna, deberá seguir usando una mascarilla/tapabocas que cubra su nariz y boca en ciertas situaciones, como se describe en la Orden de Mascarillas/Tapabocas de Massachusetts (mass.gov/info-details/mask-up-massachusetts) y lavarse las manos con frecuencia. Esto le brinda a usted y a los demás la mejor protección contra el contagio del virus. Asegúrese de programar su regreso para su segunda dosis de vacuna. Debe regresar a la MISMA ubicación de la vacuna para su segunda dosis:

- Pfizer-BioNTech - La segunda dosis vence en 21 días.

Su cita para la segunda dosis debe programarse lo más cerca posible de estas fechas. Si no está disponible o si no es posible, intente reservar su segunda cita dentro de los 4 días posteriores a la fecha de su segunda dosis. Evite otras vacunas que no sean urgentes hasta 14 días después de haber completado su dosis de vacunas para el COVID-19.

[Continue to next page](#)

Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine

Beth Israel Lahey Health Consentimiento para recibimento da vacina COVID-19
(Menores de 12 - 17 años)

Recordatorio: La vacuna que reciba se incluirá en una tarjeta de vacunación que se le proporcionará. Por favor, guarde esta tarjeta para su Registro de Vacunación para el COVID-19 y llévela a su segunda cita de vacunación.

Considere registrarse en la herramienta v-safe de los CDC (vsafe.cdc.gov) - un verificador de salud para smartphone después de la vacunación para las personas que reciben las vacunas para el COVID-19. Esta herramienta proporcionará un registro de síntomas, así como recordatorios de la segunda dosis de vacunación.

Si tiene alguna pregunta sobre los efectos secundarios y si debe o no recibir su segunda dosis de la vacuna, por favor consulte con su proveedor de atención primaria de salud.

Consentimiento para recibir la vacuna para el COVID-19

Las siguientes firmas confirman que:

- He leído (o se me ha leído) y comprendo completamente la información proporcionada anteriormente sobre la vacuna para el COVID-19.
- Recibí una copia de la Hoja de Datos de la Autorización para el Uso de Emergencia de la Vacuna Pfizer-BioNTech para el COVID-19 para Receptores y Cuidadores y la he leído.
- Abordé cualquier inquietud médica o pregunta sobre contraindicaciones para recibir la vacuna con el proveedor de atención del menor.
- Tuve la oportunidad de hacer cualquier pregunta sobre la vacuna y me han respondido satisfactoriamente.

Nuestras firmas debajo autorizan que el menor reciba la vacuna para el COVID 19.

Nombre completo del menor (en letra de imprenta):

Fecha de nacimiento:

Firma del padre/tutor legal del menor

Fecha:

Parentesco de la persona que da su consentimiento con el menor:

Intérprete certificado, si se utiliza:

TO BE ENTERED BY BILH VACCINATOR

Date Given:

Manufacturer:

Given By:

Lot #:

Expiration Date:

EUA Fact Sheet Given:

2nd Dose Required: Y N

Date of 2nd Dose:

Deltoid Site: L R

Allergies:

(30-minute observation period required if history of severe allergy to any vaccine or injectable medication)