



Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine Consent Form and Authorization for Transportation by Designated Adult for Individuals Under 18 Years of Age

Information about the child to receive Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine (please print):

Minor's Full Legal Name		Date of birth: mm/dd/yyyy		Age
Street Address	City	State	Zip	Phone Number

Information on the risks and benefits of the Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine

The Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine may prevent the person vaccinated from getting COVID-19. There is no U.S. Food and Drug Administration (FDA)-approved vaccine to prevent COVID-19. However, the FDA has authorized the emergency use of the Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine to prevent COVID-19 in individuals 12 years of age and older under an Emergency Use Authorization (EUA). The PfizerBioNTech COVID-19 Vaccine is administered as a 2-dose series, 3 weeks apart, into the muscle.

The Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine may not protect everyone. Side effects that have been reported with the Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine include injection site pain, tiredness, headache, muscle pain, chills, joint pain, fever, injection site swelling, injection site redness, nausea, feeling unwell, and swollen lymph nodes. There is a remote chance that the Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine could cause a severe allergic reaction. A severe allergic reaction would usually occur within a few minutes to one hour after getting a dose of the Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine. For this reason, a vaccination provider may ask the person receiving the vaccine to stay at the place where they received their vaccine for monitoring after vaccination. Signs of a severe allergic reaction can include difficulty breathing, swelling of the face and throat, a fast heartbeat, and/or a bad rash all over the body.

The Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine "Fact Sheet for Recipients and Caregivers" is available at <https://www.fda.gov/media/144414/download>.

Consent

CONSENT FOR MINOR'S VACCINATION: I have reviewed the information on risks and benefits of the Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine in Section 2 above and understand the risks and benefits. In providing my consent below, I agree that:

1. I have reviewed this consent form, and I understand that the "Fact Sheet for Recipients and Caregivers," includes more detailed information about the potential risks and benefits of the Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine.

2. I have the legal authority to consent to have the child named above vaccinated with the Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine.
3. I understand I am not required to accompany the child named above to their vaccination appointment and that, by giving my consent below, the child will receive the Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine whether or not I am present at the vaccination appointment.
4. If I have health insurance that covers the child named above, I give permission for my insurance company to be billed for the costs of administering the PfizerBioNTech COVID-19 Vaccine. The government is paying for the Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine itself, and I will not be billed for that portion of the cost of my immunization.
5. I understand that as required by state law, all immunizations will be reported to the Department of Public Health Massachusetts Immunization Information System (MIIS). I can access the MIIS Fact Sheet for Parents and Patients, at www.mass.gov/dph/miis, for information on the MIIS and what to do if I object to my or my family's data being shared with other providers in the MIIS.

I GIVE CONSENT for the child named at the top of this form to get vaccinated with the Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine and have reviewed and agree to the information included in Section 3 of this form. (If this consent is not signed, dated and returned, the child will not be vaccinated.)

Signature of Legally Authorized Representative

Date

Authorization for Transportation by Designated non-Guardian

I, _____, _____, _____
(parent/guardian full name) (date of birth) (parents/guardian Tel#)

authorize _____, _____
(authorized person's full name) (authorized person's date of birth)

to bring my child named at the top of this form to receive a Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine.

He/she is the minor's _____.
(relationship to minor)

Signature: _____

Date: _____

Instructions:

1. Print clearly and use full legal name for patient/parent/guardian/authorized person.
2. Bring Completed & signed form to Vaccination Appointment
3. Authorized person must bring photo ID that matches name & Date of Birth on this form when bringing the minor for vaccination.



Formulario de autorización de la vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNtech para personas menores de 18 años

Información sobre el menor que recibirá la vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNtech (por favor escriba en imprenta):

Nombre del menor (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)		Edad
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono

Información sobre los riesgos y los beneficios de la vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNtech

La vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNtech puede evitar que la persona vacunada contraiga COVID-19. No hay ninguna vacuna aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para prevenir COVID-19. No obstante, la FDA ha autorizado el uso de emergencia de la vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNtech para prevenir COVID-19 en personas de 12 años de edad y mayores según la Autorización de Uso de Emergencia (EUA). La vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNtech se administra en una serie de 2 dosis, con un intervalo de 3 semanas, en el músculo.

Es posible que la vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNtech no proteja a todas las personas. Los efectos secundarios que se han notificado con la vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNtech incluyen dolor en el lugar de la inyección, cansancio, dolor de cabeza, dolor muscular, escalofríos, dolor articular, fiebre, hinchazón en el lugar de la inyección, enrojecimiento en el lugar de la inyección, náuseas, no sentirse bien e inflamación de los ganglios linfáticos. Existe una posibilidad remota de que la vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNtech pudiera causar una reacción alérgica grave. Una reacción alérgica grave ocurriría habitualmente dentro de unos minutos a una hora después de recibir una dosis de la vacuna contra COVID-19 de PfizerBioNtech. Por esta razón, un proveedor de la vacuna puede pedirle a la persona que se vacuna que se quede en el lugar donde se vacunó para observación después de vacunarse. Los signos de una reacción alérgica grave pueden incluir dificultad para respirar, hinchazón de la cara y la garganta, latidos cardíacos rápidos y/o un sarpullido significativo por todo el cuerpo.

La "Hoja informativa para receptores y proveedores de cuidado" de la vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNtech está disponible en <https://www.fda.gov/media/144625/downloaddownload>

Autorización

AUTORIZACIÓN PARA VACUNACIÓN DE UN MENOR: He revisado la información sobre los riesgos y los beneficios de la vacuna contra COVID-19 Pfizer-BioNtech en la Sección 2 indicada anteriormente y comprendo dichos riesgos y beneficios. Al dar mi autorización a continuación, reconozco que:

1. He leído este formulario de autorización y comprendo que la “Hoja informativa para receptores y proveedores de cuidado” incluye más información detallada acerca de los posibles riesgos y beneficios de la vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNtech.
2. Tengo la autoridad legal para autorizar a que se vacune al menor nombrado anteriormente con la vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNtech.
3. Entiendo que no es obligatorio que acompañe al menor nombrado anteriormente y que, al dar mi autorización a continuación, el menor recibirá la vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNtech esté yo presente o no en la cita de la vacunación.
4. Si tengo seguro de salud que cubre al menor mencionado anteriormente, doy permiso para que se facture a mi compañía de seguros por los costos de administración de la vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNtech. El gobierno está pagando por la vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNtech solamente, y no se me facturará por esa parte del costo de mi vacunación.
5. Entiendo que según lo estipulado por las leyes estatales, todas las vacunaciones serán notificadas al Sistema de Información sobre Inmunizaciones de Massachusetts (MIIS) del Departamento de Salud Pública. Puedo acceder a la Hoja informativa de MIIS para padres y pacientes, en www.mass.gov/dph/miis, para obtener información sobre el MIIS y sobre qué debo hacer si me niego a que se comparta mi información o la de mi familia con otros proveedores en el MIIS.

DOY MI AUTORIZACIÓN para que se vacune al menor nombrado al inicio de este formulario con la vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNtech y he revisado y estoy de acuerdo con la información incluida en la Sección 3 de este formulario. (No se vacunará al menor si esta autorización es presentada sin firma ni fecha).

Firma del representante legalmente autorizado

Fecha

Autorización de transporte

Yo, _____, _____, _____
(nombre del padre/guardián) (fecha de nacimiento) (numero de telefono)

autorizo a _____, _____
(nombre de persona que trae el menor) (fecha de nacimiento)

traer al menor nombrado al inicio de este formulario para recibir una vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19.

quien es el _____.
(relación con el menor)

Firma: _____

Fecha: _____

Instrucciones:

1. Escriba con letra de imprenta clara y utilice el nombre legal completo del paciente / padre / tutor / persona autorizada.
2. Lleve el formulario completo y firmado a la cita de vacunación
3. La persona autorizada debe traer una identificación con foto que coincida con el nombre y la fecha de nacimiento en este formulario al traer el menor por vacunación.