

## HOJA DE AUTORIZACION PARA RECIBIR LA VACUNA CONTRA EL COVID-19

en los centros de vacunación del departamento de Salud Pública - Seattle y el Condado de King

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Primera o segunda dosis de la vacuna: Primera  Segunda

**Acuse de lectura:** se me ha dado la oportunidad de revisar la Hoja Informativa para las personas que recibirán la vacuna contra el COVID-19 y sus cuidadores. Entiendo que puedo revisar esta Hoja Informativa en el sitio de vacunación o por internet (diríjase al QR que está al final).



**Hoja informativa de la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech:**

[www.fda.gov/media/144625/download](http://www.fda.gov/media/144625/download)

**Hoja informativa de la vacuna contra el COVID-19 de Moderna:**

[www.fda.gov/media/144712/download](http://www.fda.gov/media/144712/download)

**Hoja informativa de la vacuna contra el COVID-19 de Janssen/Johnson & Johnson:**

[www.fda.gov/media/146762/download](http://www.fda.gov/media/146762/download)

Para más información sobre las vacunas contra el COVID-19 visite: [kingcounty.gov/suvacuna](http://kingcounty.gov/suvacuna)

**Consentimiento del adulto autorizado:** estoy autorizado para dar mi consentimiento para que el paciente mencionado anteriormente reciba esta vacuna. Solicito que se le administre la vacuna al paciente mencionado anteriormente. Entiendo que el paciente debe permanecer en el centro de vacunación entre 15 y 30 minutos después de haber recibido la vacuna para ser observado en caso de posibles reacciones inmediatas o reacciones secundarias relacionadas con la vacuna y, si es necesario, recibir atención médica.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Firma del adulto autorizado Fecha

O

**For Vaccine Site:**

Verbal consent by \_\_\_\_\_ given by \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_  
Authorized Adult Name Phone/Device Staff Name Date

**Consentimiento del menor:** soy un menor legalmente emancipado, un menor casado con un adulto o he sido determinado como un menor con suficiente madurez. Solicito que se me aplique la vacuna. Entiendo que debo permanecer en el centro de vacunación entre 15 y 30 minutos después de haber recibido la vacuna para ser observado en caso de posibles reacciones inmediatas o reacciones secundarias relacionadas con la vacuna y, si es necesario, recibir atención médica.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Firma del menor emancipado/casado con un adulto/menor con suficiente madurez Fecha