



**COVID-19 Vaccine Screening Questions For Minors Without Parent/Guardian Present**  
**Preguntas de Asesoría de COVID-19 Para Menores Sin sus Padres/Tutores Presentes**

Please answer the following questions on behalf of your child if your child is coming to their vaccine appointment without a parent or guardian.

*Por favor, responda las siguientes preguntas si su hijo/ya llegara a la cita de vacuna sin sus padres/tutores.*

<b>Minor Patient Name:</b>	<b>Minor Patient Date of Birth:</b>	
<b>Minor Patient Address:</b>		
<b>Screening Question</b>	<b>Yes / Sí</b>	<b>No / No</b>
1. Do you give consent to receive the COVID-19 vaccine today? <i>¿Da su consentimiento para recibir la vacuna COVID-19 hoy?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Are you feeling sick today? <i>¿Se siente enfermo(a) hoy?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Have you ever received a dose of the COVID-19 vaccine? a. If yes, which vaccine did you receive and on what date?  Vaccine Name: _____ Date: _____ <i>¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna COVID-19?</i>  a. Nombre de la Vacuna: _____ Fecha: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Are you immunocompromised or taking medications that affect your immune system? a. If yes, please explain and list medications: _____  _____ <i>¿Está inmunocomprometidos o tomando medicamentos que afectan su sistema inmunitario?</i> a. Si la respuesta es SI, explique y liste las medicaciones: _____  _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Have you ever had a severe allergic reaction (e.g., anaphylaxis) to anything? a. If yes, please explain: : _____  _____ <i>¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) a algo?</i> a. Si la respuesta es SI, explique: _____  _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Have you received antibody therapy as treatment for COVID-19 in the past 90 days? <i>¿Ha recibido terapia con anticuerpos como tratamiento para COVID-19 en los últimos 90 días?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA DE COVID-19 Y TRATAMIENTO RELACIONADO  
PARA MENORES SIN UN PADRE/TUTOR**

Se requiere el consentimiento para la vacunación de pacientes menores de 18 años sin la presencia de un padre/tutor.

<b>Nombre del paciente menor:</b>	<b>Fecha de nacimiento del paciente menor:</b>
<b>Dirección del paciente menor:</b>	
<b>Contacto de emergencia:</b> <b>Nombre:</b> _____ <b>Relación con el menor:</b> _____ <b>Número de teléfono:</b> _____	

Yo soy:  Padre/Madre del paciente menor     Tutor legal del paciente menor

Otra persona con autoridad para tomar decisiones de atención médica en nombre del paciente menor,

describa la relación legal: \_\_\_\_\_

Por la presente, doy fe de lo siguiente:

- El paciente menor tiene 12 años o más.
- Tengo la autoridad legal para dar mi consentimiento para la administración de la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 al paciente menor de edad.
- Entiendo que la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) ha autorizado el uso de emergencia de la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19, que no es una vacuna aprobada por la FDA.
- Se me ha proporcionado acceso y leído la hoja informativa de EUA sobre la vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNTech para destinatarios y cuidadores (Hoja informativa). (Lea la hoja de datos en [inserte la dirección del sitio web de la FDA para obtener la hoja de datos]).
- Entiendo los riesgos y beneficios conocidos y potenciales de la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 y hasta qué punto se desconocen dichos riesgos y beneficios.
- Entiendo que tengo la opción de aceptar o rechazar la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 en nombre del paciente menor.
- Entiendo que la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 es una serie de vacunas de dos partes.
- Doy mi consentimiento y autorizo todo tratamiento médicamente necesario en el raro caso de que el paciente menor tenga una reacción a la vacuna, que incluye, entre otros, picazón, hinchazón, desmayos, anafilaxia y otras reacciones.
- El paciente menor y yo acordamos que el paciente menor permanecerá en el área de observación durante el período de tiempo requerido después de la administración de la dosis de la vacuna.
- Doy mi consentimiento para la administración de dos dosis separadas de la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 con un intervalo de aproximadamente tres semanas para el paciente menor.

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del padre, tutor legal u otra persona autorizada

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, tutor legal u otra persona autorizada

\_\_\_\_\_  
Fecha



**CONSENT TO COVID-19 VACCINATION AND RELATED TREATMENT FOR MINOR WITHOUT  
A PARENT/LEGAL REPRESENTATION**

Consent is required for vaccination of patients under the age of 18 without a parent/legal representative present.

<b>Minor Patient Name:</b>	<b>Minor Patient Date of Birth:</b>
<b>Minor Patient Address:</b>	
<b>Emergency Contact:</b> Name: _____  Relationship to Minor: _____  Phone Number: _____	

I am the:  Parent of the minor patient                       Legal guardian of the minor patient  
 Other person with authority to make healthcare decisions on behalf of the minor patient, describe legal relationship: \_\_\_\_\_

I hereby attest to the following:

- The minor patient is 12 years of age or older
- I have the legal authority to consent to the administration of the Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine to the minor patient
- I understand that the U.S. Food and Drug Administration (“FDA”) has authorized the emergency use of the Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine, which is not an FDA-approved vaccine.
- I have been provided access to and read the Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine EUA Fact Sheet for Recipients and Caregivers (“Fact Sheet”). (Read the Fact Sheet at [insert FDA website address for factsheet].)
- I understand the known and potential risks and benefits of Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine and the extent to which such risks and benefits are unknown.
- I understand that I have the option to accept or refuse Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine on behalf of the minor patient.
- I understand that the Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine is a two-part vaccine series.
- I consent to and authorize all medically necessary treatment in the rare event that the minor patient has a reaction to the vaccine, including but not limited to itching, swelling, fainting, anaphylaxis, and other reactions.
- The minor patient and I agree that the minor patient will remain in the observation area for the required time period following vaccine dose administration.
- I consent to the administration of two separate doses of Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine spaced approximately three weeks apart to the minor patient.

\_\_\_\_\_  
Printed Name of Parent, Legal Guardian, or Other Authorized Individual                      Date

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent, Legal Guardian, or Other Authorized Individual                      Date