

# Formulario de autorización de la vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNtech para personas entre 12 a 17 años



## Sección 1: 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 2.º nombre)

Fecha de nacimiento  
(mm/dd/aaaa)

Edad

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono

## Sección 2: 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 Pfizer-BioNtech. Por esta razón, un proveedor de la vacuna puede pedirle a la

# Formulario de autorización de la vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNtech para personas entre 12 a 17 años



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/144414/download>.

## Sección 3: Autorización

**AUTORIZACIÓN PARA VACUNACIÓN DE UN MENOR:** He revisado la información sobre los riesgos y los beneficios de la vacuna contra COVID-19 de 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 no acompañó al menor nombrado anteriormente a su cita de vacunación, completaré y presentaré un formulario de verificación previa a la vacunación, disponible en: [www.mass.gov/CDCScreeningForm](http://www.mass.gov/CDCScreeningForm)
5. 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.
6. 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](http://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*



# BREWSTER

## AMBULANCE SERVICE

### COVID-19 VACCINE SCREENING and CONSENT FORM EXAMEN PREVIO A LA VACUNA CONTRA EL COVID-19 Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

FIRST NAME : \_\_\_\_\_ LAST NAME : \_\_\_\_\_  
PRIMER NOMBRE : \_\_\_\_\_ APELLIDO : \_\_\_\_\_

MIDDLE NAME : \_\_\_\_\_ DOB : \_\_\_\_\_  
SEGUNDO : \_\_\_\_\_ FECHA DE : \_\_\_\_\_  
NOMBRE : \_\_\_\_\_ NACIMIENTO : \_\_\_\_\_

ADDRESS : \_\_\_\_\_ APT# : \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN : \_\_\_\_\_ NÚMERO DE : \_\_\_\_\_  
APARTAMENTO : \_\_\_\_\_

EMAIL : \_\_\_\_\_ CITY : \_\_\_\_\_ ZIP : \_\_\_\_\_  
CORREO ELEC- CIUDAD : \_\_\_\_\_ CÓDIGO : \_\_\_\_\_  
TRÓNICO : \_\_\_\_\_

INSURANCE : \_\_\_\_\_ PHONE : \_\_\_\_\_  
SEGURO MÉDICO : \_\_\_\_\_ NÚMERO DE : \_\_\_\_\_  
TELÉFONO : \_\_\_\_\_

DOSE# :  1st DOSE MEMBER# : \_\_\_\_\_  
DOSIS# : \_\_\_\_\_

2nd DOSE GROUP# : \_\_\_\_\_

RACE :  White GENDER :  Male  
RAZA :  Black-African American  FEMENINO  
 Asian  Not reporting / Other  
NO DESEA REVELARLO/ OTRO

Pacific Island ETHNICITY :  Non - Hispanic  
ETHNIC : \_\_\_\_\_

Hawaiian  Hispanic

American Indian  Unknown

Alaska Native



<p>Has recipient ever had an allergic reaction to: (This would include a severe allergic reaction [e.g., anaphylaxis] that required treatment with epinephrine or EpiPen® or that caused you to go to the hospital. It would also include an allergic reaction that occurred within 4 hours that caused hives, swelling, or respiratory distress, including wheezing.)</p> <p>El receptor ha tenido alguna vez una reacción alérgica a: (Esto incluiría una reacción alérgica grave [por ejemplo, anafilaxia] que requirió tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que le hizo ir al hospital. También incluiría una reacción alérgica que ocurrió dentro de las 4 horas que causó urticaria, hinchazón o dificultad respiratoria, incluyendo sibilancias.)</p>	<p>YES SI</p>	<p>NO NO</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A component of the COVID-19 vaccine, including polyethylene glycol (PEG), which is found in some medications, such as laxatives and preparations for colonoscopy procedures. Un componente de la vacuna COVID-19, incluyendo el polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos, como laxantes y preparaciones para procedimientos de colonoscopia.</li> <li>• Polysorbate Polisorbato</li> <li>• A previous dose of COVID-19 vaccine Una dosis previa de la vacuna COVID-19</li> </ul>		
<p>Did the recipient have a confirmed case of COVID-19 ≤ 90 days ago? ¿El destinatario tuvo un caso confirmado de COVID-19 ≤ hace 90 días?</p>	<p>YES SI</p>	<p>NO NO</p>
<p>Has the recipient received monoclonal antibody treatment for COVID-19 ≤ 90 days ago? ¿El destinatario ha recibido un tratamiento con anticuerpos monoclonales para COVID-19 ≤ hace 90 días?</p>	<p>YES SI</p>	<p>NO NO</p>
<p>Does the recipient have a history of anaphylactic allergic reactions to a vaccine or injectable medication? ¿El destinatario tiene antecedentes de reacciones alérgicas anafilácticas a una vacuna o medicamento inyectable?</p>	<p>YES SI</p>	<p>NO NO</p>
<p>Has recipient received passive antibody therapy (monoclonal antibodies vs convalescent serum) as treatment for COVID-19? ¿Ha recibido el receptor terapia pasiva con anticuerpos (anticuerpos monoclonales vs suero convaleciente) como tratamiento para COVID-19?</p>	<p>YES SI</p>	<p>NO NO</p>
<p>Does the recipient have a weakened immune system caused by something such as HIV infection or cancer or do you take immunosuppressive drugs or therapies? ¿Tiene el receptor el sistema inmunológico debilitado causado por algo como infección por VIH o cáncer o tomas medicamentos o terapias inmunosupresores?</p>	<p>YES SI</p>	<p>NO NO</p>
<p>Does recipient have a bleeding disorder or are you taking a blood thinner? ¿El receptor tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante?</p>	<p>YES SI</p>	<p>NO NO</p>

**IF ANY QUESTIONS LISTED ABOVE ARE ANSWERED YES, PLEASE REFER TO THE ONSITE STAFF FOR CLARIFICATION  
SI CUALQUIER PREGUNTA ANTERIOR TIENE RESPUESTA SÍ, CONSULTE AL PERSONAL EN EL SITIO PARA ACLARARLO**



**CONSENT for VACCINE ADMINISTRATION and BILLING:  
Consentimiento para la administración y facturación de vacunas:**

Se me ha proporcionado la Autorización de Uso de Emergencia (EUA) para la Hoja de Información sobre Vacunas COVID-19. He leído o me he explicado la información proporcionada sobre la vacuna COVID-19 que voy a recibir. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacunación. Doy mi consentimiento voluntario a la administración de la vacuna COVID-19 y asumo el riesgo de cualquier reacción que pueda resultar. Acepto permanecer en el edificio durante 15 minutos (30 minutos si tengo antecedentes de reacción alérgica anafiláctica a cualquier vacuna o medicamento inyectable. Entiendo que puedo experimentar dolor o hinchazón en el lugar de la inyección, fiebre o generalmente no sentirme bien durante 24-48 horas. Si los síntomas se vuelven graves, me comunicaré con mi proveedor de atención primaria o buscaré atención de emergencia.

Autorizo el proceso de un reclamo hacia Medicare, Medicaid o cualquier otro pagador por cualquier servicio que me brinde Brewster Ambulance Service en la actualidad, en el pasado o en el futuro, o hasta el momento en que revoque esta autorización por escrito. Acepto remitir inmediatamente al 'servicio de ambulancia cualquier pago que reciba directamente del seguro o de cualquier fuente por los servicios que se me brindan y cedo todos los derechos sobre dichos pagos al servicio de ambulancia. Así mismo, autorizo al servicio de ambulancia a apelar negaciones de pago u otras decisiones adversas en mi nombre.

Autorizo y ordeno que mi información médica, de seguros, de facturación u otra información relevante sobre mí se divulgue hacia el servicio de ambulancia mencionado anteriormente y sus agentes de facturación, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y / o cualquier otro servidor o asegurador, y sus respectivos agentes o contratistas, según sea necesario para determinar estos u otros beneficios pagaderos por cualquier servicio que me brinde el servicio de ambulancia, no en el pasado ni en el futuro. También autorizo a los mencionados a obtener información médica, de seguros, de facturación y otra información relevante sobre mí de cualquier parte, base de datos u otra fuente que mantenga dicha información.

The patient must sign here unless the patient is physically or mentally incapable of signing.

El paciente debe firmar aquí a menos que sea física o mentalmente incapaz de firmar.

**NOTE: if the patient is a minor, the parent or legal guardian should sign in this section.**

**NOTA: si el paciente es menor de edad, el padre o tutor legal debe firmar en esta sección.**

By checking this box and signing below, I attest that I am uninsured  
Marcando esta casilla y firmando a continuación, doy fe de que no tengo seguro medico

DATE  
FECHA :

SIGNATURE  
FIRMA :

PRINT NAME  
NOMBRE IMPRESO :

**AUTHORIZED REPRESENTATIVE SIGNATURE  
FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO**

Complete this section **only** if the patient is physically or mentally incapable of signing.

Complete esta sección solo si el paciente es física o mentalmente incapaz de firmar.

Describe the circumstances that make it impractical for the patient to sign: Describa las circunstancias que impiden que el paciente firme: \_\_\_\_\_

I am signing on behalf of the patient to authorize the submission of a claim to Medicare, Medicaid, or any other payer for any services provided to the patient by **Brewster Ambulance Service** now or in the past or in the future. By signing below, I acknowledge that I am one of the authorized signers listed below. **My signature is not an acceptance of financial responsibility for the services rendered.**

Estoy firmando en nombre del paciente para autorizar la presentación de un reclamo a Medicare, Medicaid o cualquier otro pagador por cualquier servicio proporcionado al paciente por **Brewster Ambulance Service** ahora, en el pasado o en el futuro. Al firmar a continuación, reconozco que soy uno de los responsables autorizados que se enumeran a continuación. **Mi firma no es una aceptación de responsabilidad financiera por los servicios prestados.**



Authorized representatives include **only** the following individuals:  
 Representante autorizado incluye solo las siguientes personas:

- Patient's legal guardian  
Tutor legal del paciente
- Relative or other person who receives social security or other governmental benefits on behalf of the patient  
Pariente u otra persona que recibe seguro social u otros beneficios gubernamentales en nombre del paciente
- Relative or other person who arranges for the patient's treatment or exercises other responsibility for the patient's affairs  
Pariente u otra persona que organiza el tratamiento del paciente o ejerce otra responsabilidad por los asuntos del paciente
- Representative of an agency or institution that did not furnish the services for which payment is claimed but furnished other care, services, or assistance to the patient  
Representante de una agencia o institución que no proporcionó los servicios por los cuales se reclama el pago, pero proporcionó otros cuidados, servicios o asistencia al paciente.

DATE : \_\_\_\_\_  
 FECHA : \_\_\_\_\_

SIGNATURE : \_\_\_\_\_  
 FIRMA : \_\_\_\_\_

PRINT NAME : \_\_\_\_\_  
 NOMBRE IMPRESO : \_\_\_\_\_

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY  
 Solo para uso administrativo

Vaccine	Route	Site	Date Dose Administered
COVID-19 <input type="checkbox"/> 0.5 mL <input type="checkbox"/> 0.3 mL	1M	<input type="checkbox"/> R-Deltoid <input type="checkbox"/> L-Deltoid	
Vaccine trade name/Manufacturer	Lot Number	Expiration Date	Name & Title of Vaccine Administrator