



## **Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine Consent for Individuals Under 18 Years of Age**

### **Section 1: Information about the child to receive Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine (please print):**

\_\_\_\_\_  
*Child's Name (Last, First, MI)*

\_\_\_\_\_  
*Date of Birth (mm/dd/yyyy)*

\_\_\_\_\_  
*Age*

\_\_\_\_\_  
*Street Address*

\_\_\_\_\_  
*City*

\_\_\_\_\_  
*State*

\_\_\_\_\_  
*Zip*

\_\_\_\_\_  
*Phone Number*

### **Section 2: Information on the risks, benefits, alternatives, and implications 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 Pfizer- BioNTech 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>.

### **Section 3: 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, benefits, alternatives, and implications. 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.

I \_\_\_\_\_ **GIVE CONSENT** to the Texas Department of State Health Services 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*



## Consentimiento de vacunación COVID-19 de Pfizer-BioNTech para menores de 18 años

### Sección 1: Información sobre el niño que recibirá la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 (en letra de imprenta):

Nombre del niño

(apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Fecha de nacimiento

(mm / dd / aaaa)

Edad

Dirección

Ciudad

Estatad

Código postal

Número de teléfono

### Sección 2: Información sobre los riesgos, beneficios, alternativas y trascendencia de la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19

La vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 puede evitar que la persona vacunada contraiga COVID-19. No existe una vacuna aprobada por la Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU. (FDA) para prevenir el COVID-19. Sin embargo, la FDA ha autorizado el uso de emergencia de la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 para prevenir el COVID-19 en personas de 12 años o más bajo una Autorización de uso de emergencia (EUA). La vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 se administra como una serie de 2 dosis, con 3 semanas de diferencia, en el músculo.

Es posible que la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 no proteja a todos. Los efectos secundarios que se han informado con la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 incluyen dolor en el lugar de la inyección, cansancio, dolor de cabeza, dolor muscular, escalofríos, dolor en las articulaciones, fiebre, hinchazón en el lugar de la inyección, enrojecimiento en el lugar de la inyección, náuseas, malestar e inflamación de la linfa. nodos. Existe una posibilidad remota de que la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 pueda causar una reacción alérgica grave. Por lo general, una reacción alérgica grave ocurriría entre unos minutos y una hora después de recibir una dosis de la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19. Por esta razón, un proveedor de vacunación puede pedirle a la persona que recibe la vacuna que se quede en el lugar donde recibió la vacuna para monitorearla después de la vacunación. Los signos de una reacción alérgica grave pueden incluir dificultad para respirar, hinchazón de la cara y la garganta, latidos cardíacos acelerados y / o un sarpullido grave en todo el cuerpo.

La "Hoja informativa para destinatarios y cuidadores" de la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 está disponible en <https://www.fda.gov/media/144414/download>.

### Sección 3: CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACION DE MENORES

He revisado la información sobre los riesgos, beneficios, alternativas y trascendencia de la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 en la Sección 2 anterior y comprendo los riesgos y beneficios. Al dar mi consentimiento a continuación, acepto que:

1. He revisado este formulario de consentimiento y comprendo que la "Hoja de datos para destinatarios y cuidadores" incluye información más detallada sobre los posibles riesgos y beneficios de la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19.
2. Tengo la autoridad legal para dar mi consentimiento para que el niño mencionado anteriormente sea vacunado con la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19.

Yo \_\_\_\_\_ DOY CONSENTIMIENTO al Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas para que el niño nombrado en la parte superior de este formulario se vacune con la Vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 y he revisado y estoy de acuerdo con la información incluida en la Sección 3 de este formulario. (Si este consentimiento no está firmado, fechado y devuelto, el niño no será vacunado).

Firma del representante legalmente autorizado

Fecha