



**VACCINE CONSENT FORM**

\_\_\_\_\_ (print name of patient)

Date of Birth: \_\_\_\_\_

**I certify that I am:** (a) at least 16 years of age (b) the parent or legal guardian of the minor patient; or (c) the legal guardian of the patient. Further, I hereby give my consent to the licensed healthcare provider administering the vaccine, as applicable (each an 'applicable Provider'), to share my personal, demographic and health condition information in order to provide me with vaccination services for the COVID-19 vaccine.

For each COVID-19 vaccine authorized under an Emergency Use Authorization (EUA), the Food and Drug Administration (FDA) requires that vaccine recipients or their caregivers are provided with certain vaccine-specific EUA information to help make an informed decision about vaccination.

Verbal Consent: The individual receiving the vaccine or their authorized representative was provided information consistent with the "Fact Sheet for Recipients and Caregivers" and verbal consent was obtained prior to receiving the COVID-19 vaccine.

\_\_\_\_\_  
*Signature of patient* *Date*

\_\_\_\_\_  
*Signature of Parent/Guardian of patient* *Date*

**Formulario de consentimiento de vacuna**

\_\_\_\_\_ (nombre)

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Testifico que soy:** (a) 16 años de edad, o (b) el padre o guardián legal del paciente menor. Además, doy mi consentimiento al proveedor con licencia que administra la vacuna, según corresponde (cada uno un "Proveedor aplicable"), para compartir mi información personal, demográfica y de salud en orden de proveer los servicios para la vacuna COVID-19.

Para cada vacuna COVID-19 autorizada bajo una Autorización de Uso de Emergencia (EUA), la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) requiere que los receptores de vacunas o sus cuidadores reciben cierta información específica de la EUA para ayudar a tomar una decisión informada sobre la vacuna.

**Conocimiento verbal:** A la persona que recibió la vacuna o a su representante autorizado se le proporcionó información consistente con la "Hoja informativa para receptores y cuidadores" y se obtuvo el consentimiento verbal antes de recibir la vacuna COVID-19.

\_\_\_\_\_  
*Firma* *Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del Padre/Guardián/a del Paciente* *Fecha*