



**Departamento de Salud de Vermont  
Clínica de Vacunación contra el COVID-19  
Formulario de consentimiento**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ FN: \_\_\_\_\_

- **Certifico que soy el paciente y que tengo al menos 18 años de edad, o el padre/la madre o el tutor legal del paciente.**
- **Se me ha entregado una copia de la Autorización de Uso de Emergencia (EUA, por su sigla en inglés) para receptores de vacunas o la Declaración de información sobre vacunas para la vacuna contra el COVID-19 que recibiré el día de hoy.**
- **He leído y comprendo la información contenida en el Acuerdo de la UE para los receptores de vacunas o en la Declaración de información sobre vacunas.**
- **Se me ha dado la oportunidad de formular preguntas sobre la vacuna contra el COVID 19.**
- **Entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna contra el COVID-19 y solicito que la vacuna se administre a la persona nombrada anteriormente respecto a la cual tengo autorización para dar el consentimiento.\***

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha en que se firmó el formulario de consentimiento:

\_\_\_\_\_

Firma del padre/de la madre o del tutor legal\* (si el paciente es menor de 18 años)

\_\_\_\_\_

\*Si el menor está bajo custodia del estado, se requiere la firma de un representante autorizado.

Nombre del padre/de la madre o del tutor legal (en letra de molde): \_\_\_\_\_

Número de teléfono diurno del padre/de la madre/del tutor legal\*\*:

\_\_\_\_\_

\*\*Si el padre/la madre/el tutor legal no estará presente en la clínica.