



**Spring Pediatrics**  
10750 Columbia Pike, Suite 230  
Silver Spring, MD 20901-4454

Antonio E. Cornier, MD  
Robert C. DaRosso, MD

Phone (301) 585-9600  
Fax (301) 585-5888

## Consentimiento de Vacunación de COVID-19

Yo certifico que soy: (a) un paciente de por lo menos 18 años de edad; (b) el padre o guardián del paciente y confirmo que el paciente es de por lo menos 6 Meses de edad; o (c) autorizado a dar consentimiento para la vacunación del paciente nombrado arriba. Además, por la presente doy mi consentimiento a Spring Pediatrics para administrar la vacuna de COVID-19.

- Certifico que toda la información proporcionada y las respuestas anteriores son verdaderas y correctas.
- Yo entiendo que este producto no ha sido aprobado o licenciado por la FDA, pero si ha sido autorizado para uso de emergencia por la FDA, bajo un EUA para prevenir la enfermedad de Coronavirus 2019 ( COVID-19) para uso en individuales de 6 Meses o mayor; y la emergencia de este producto es únicamente autorizado por la duración de la declaración de que existen circunstancias justificando el uso de emergencia del producto medico bajo la Sección 564(b)(1) del Acto FD&C a menos que la declaración sea terminada o autorización revocada antes
- Yo entiendo que no es posible predecir todo los posibles efectos secundarios o complicaciones asociadas al recibir la(s) vacuna(s). Yo entiendo los riesgos y beneficios asociados con la vacuna nombrada y he recibido, leído y/o me explicaron la Hoja de Datos de Autorización de Uso de Emergencia sobre la vacuna de COVID -19 y yo elegí para recibirla. También reconozco que he tenido oportunidad de hacer preguntas y que tales preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. También entiendo la necesidad de continuar el uso de mascarías y mantener distanciamiento social luego de recibir la vacuna de COVID-19.
- Yo reconozco que he sido advertido a quedarme en el lugar de vacunación por aproximadamente 15 minutos después de la administración para observación y posiblemente hasta 30 minutos si el proveedor medico lo considera necesario. Si yo experimento una reacción severa, yo llamare al 9-1-1 o iré al hospital mas cercano.
- Yo voluntariamente elegí recibir la vacuna de COVID-19 en Spring Pediatrics después de cuidadosamente considerar los riesgos y benéficos.
- Spring Pediatrics me advirtió consultar con mi proveedor medico para tratar mis riesgos, beneficios y potencialmente efectos secundarios personales luego de recibir la vacuna de COVID-19
- Yo entiendo que las vacunas de COVID-19 dadas en Spring Pediatrics serán rastreadas e informadas al Maryland Immunet como se requiere de otra manera por el gobierno local, estatal y federal.
- **Firma del Paciente o Representante Autorizado:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_
- **Nombre del Representante y Relación a la persona recibiendo la vacuna:**

Nombre

Relación