

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE UN PACIENTE MENOR DE EDAD

Nombre del paciente menor de edad

Fecha de nacimiento

Edad

Para facilitar la atención médica y el tratamiento de mi hijo, en adelante el “paciente menor de edad”, brindados por Sutter Valley o Sutter Bay Medical Foundation, quien suscribe —padre, madre, tutor legal, u otra persona con responsabilidad legal por el paciente menor de edad— da fe de lo siguiente:

1. Revisé este formulario de consentimiento y leí y entendí la “Hoja informativa para receptores y cuidadores” sobre los beneficios y riesgos potenciales de la vacuna contra el COVID-19 indicada abajo.
2. Tengo autoridad legal para dar el consentimiento para que el paciente menor de edad mencionado arriba reciba la vacuna contra el COVID-19 que se indica abajo y estoy autorizado para tomar decisiones sobre atención médica en nombre del paciente menor de edad.
3. Autorizo a los proveedores de cuidados de la salud de Sutter Valley o Sutter Bay Medical Foundation a realizar lo siguiente:

Autorización directa para la administración de la vacuna contra el COVID-19 para prevenir la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19):

[Marque la/s casilla/s]

Pfizer-Biotech (Comirnaty)

Serie de dosis principal

Serie de dosis de refuerzo (si corresponde)

Hoja informativa para receptores y cuidadores

- [Edad: 6 meses a 4 años](#)
- [Edad: 5 a 11 años](#)
- [Edad: 12 años o más](#)

Moderna (Spikevax)

Serie de dosis principal

Serie de dosis de refuerzo (si corresponde)

Hoja informativa para receptores y cuidadores

- [Edad: 6 meses a 5 años](#)
- [Edad: 12 años o más](#)

4. Autorizo a Sutter Valley o Sutter Bay Medical Foundation a proporcionarle al paciente menor de edad atención y tratamiento médico en mi ausencia.
5. Esta autorización se brinda de acuerdo con las disposiciones de la Sección 6910 del Código de Familia de California.
6. **Vigencia:** Esta autorización continuará vigente durante 90 días o hasta el _____ de 20 ____
Podré revocar esta autorización en cualquier momento antes de la fecha de vencimiento mediante una notificación escrita a Sutter Health.
7. **Excepción:** Entiendo que el proveedor puede rechazar el consentimiento en cualquier momento si considera que es necesaria la presencia del padre, la madre o un tutor para realizar el tratamiento.

Fecha

Firma

Nombre en letra de imprenta

Sólo para uso de oficina

N.º de registro médico (MRN):