LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT
COVID-19 VACCINATION
CONSENT FOR INDIVIDUALS UNDER 18 YEARS OF AGE

MINOR WHO WILL RECEIVE THE COVID-19 VACCINE:

Name: _____ ____ _____
First Name MI Last Name

Date of Birth: _____
mm/dd/yyyy

Student ID: _____

ACKNOWLEDGMENT BY PERSON AUTHORIZED TO CONSENT TO MINOR'S COVID-19 VACCINATION:

- I have read the applicable Fact Sheet for Recipients and Caregivers: Emergency Use Authorization (EUA) of the Pfizer-BioNtech COVID-19 Vaccine to Prevent COVID-19.
- I have the legal authority to consent to have the child named above vaccinated with the Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine ("Pfizer Vaccine").
- I acknowledge that only minors 5- through 17-years of age are currently eligible to receive the Pfizer-BioNtech COVID-19 Vaccine, and hereby attest that the individual identified above is within that age range.
- I understand that if the child named above is between 12- and 17-years of age, I am not required to accompany the child named above to the vaccination appointment and, by giving my consent below, the child will receive the Pfizer vaccine whether or not I am present at the vaccination appointment.
- I understand that if the child named above is between 5- and 11-years of age, a parent or guardian must accompany the child named above to the vaccination appointment, or designate, in writing, a responsible adult to do so. I understand that this adult must show photo ID.
- I have been made aware of the California Immunization Registry (CAIR) Notice to Patients and Parents. I understand the immunization data will be entered in the CAIR system and that I have the right to opt out of allowing the information to be shared with other organizations. I may refuse to allow the information to be further shared and can request the CAIR2 record be locked by visiting the Request to Lock My CAIR Record web form: https://cairforms.cairweb.org/SharingRequestForm/SharingRequestForm?SharingType=1&Language=En
- I acknowledge that by signing this form, I give the Los Angeles Unified School District, the County of Los Angeles, and participating vaccination partners permission to contact me regarding important vaccine reminders and access to an electronic vaccination record.
- I have received Los Angeles Unified School District's Notice of Privacy Practices.

I hereby authorize that this vaccine be given to the minor named above for whom I am authorized to consent.

_____ _____
Signature of legally authorized representative Date

_____ _____
Name Relationship to child

_____
Phone number (cell phone preferred)

_____
Emergency Contact Name

_____
Emergency Contact Phone number (cell phone preferred)

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ÁNGELES
VACUNACIÓN CONTRA COVID-19
CONSENTIMIENTO PARA INDIVIDUOS MENORES DE 18 AÑOS

QUE RECIBIRÁN LA VACUNA COVID-19

Nombre: _____ _____ _____
Nombre Segundo nombre Apellido

Fecha de Nacimiento: _____
dd-mm-aaaa

Núm. de ID estudiantil: _____

RECONOCIMIENTO POR PARTE DE LA PERSONA AUTORIZADA A DAR SU CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN DEL MENOR CONTRA COVID-19:

- He leído el documento de referencia: Hoja informativa para receptores y cuidadores: Autorización de uso de emergencia (EUA) de la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 para prevenir COVID-19.
- Tengo la autoridad legal para dar mi consentimiento para que el menor mencionado anteriormente sea vacunado con la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 ("vacuna Pfizer").
- Reconozco que sólo los menores de 5 a 17 años actualmente son elegibles para recibir la Vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNtech, y por la presente doy fe de que la persona identificada arriba está dentro de ese rango de edad.
- Entiendo que, si el menor mencionado anteriormente tiene entre 12 y 17 años, no estoy obligado(a) a acompañar al menor mencionado arriba a la cita de vacunación y, al dar mi consentimiento a continuación, el niño/la niña recibirá la vacuna Pfizer, con o sin mi presencia en la cita de vacunación.
- Entiendo que si el menor mencionado anteriormente tiene entre 5 y 11 años, un padre o tutor debe acompañar al menor mencionado arriba a la cita de vacunación, o designar, por escrito, a un adulto responsable para hacerlo. Entiendo que este adulto debe mostrar una identificación con foto.
- Se me ha informado acerca del Aviso del registro de inmunizaciones de California (CAIR) para pacientes y padres. Entiendo que los datos de inmunización serán ingresados en el sistema CAIR y que tengo el derecho de optar por no permitir que la información sea compartida con otras organizaciones. Puedo negarme a permitir que se siga compartiendo la información y puedo solicitar que el registro CAIR2 sea bloqueado visitando el formulario web en Solicitación para Bloquear mi Registro en CAIR: https://cairforms.cairweb.org/SharingRequestForm/SharingRequestForm?SharingType=1&Language=Sp
- Reconozco que al firmar este formulario, autorizo al Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles, al Condado de Los Ángeles y a los socios participantes en la vacunación a que se pongan en contacto conmigo en relación con recordatorios importantes sobre las vacunas y el acceso a un registro electrónico de vacunación.
- He recibido el Aviso sobre las Prácticas de Confidencialidad del Distrito Unificado de Los Ángeles.

Por la presente autorizo a que esta vacuna se administre al menor nombrado anteriormente para quien estoy autorizado(a) a dar mi consentimiento.

_____ _____
Firma del representante legalmente autorizado Fecha

_____ _____
Nombre y apellido Relación con el menor

_____
Número de teléfono (preferiblemente un teléfono celular)

_____
Nombre de la persona de contacto en emergencias

_____
Número de teléfono de la persona de contacto en emergencias (preferiblemente un teléfono celular)