



BNT162B2 is a vaccine developed by Pfizer-BioNTech to prevent disease caused by COVID-19. This vaccine has been authorized by the US Food & Drug Administration (FDA) for use under an Emergency Use Authorization (EUA). The purpose of this form is to obtain your consent to receive this vaccine.

Patient Name: _____ Phone: _____ Email: _____

Date of Birth: _____ Address: _____ City: _____

Zip Code: _____ Sex _____ Race _____ Ethnicity _____

Age: _____ Name of Parent/Guardian if under 18: _____

* Pregnant women and breastfeeding women have not been included in any COVID vaccine clinical trials to date, so no safety data specific for this population. If you are pregnant, plan to become pregnant, or are breastfeeding, you may want to speak to your care provider before getting the vaccine. Safety is our number one priority. By receiving this COVID-19 vaccine you are agreeing to our safety protocol, which requires remaining in the vaccination area for at least 15 minutes following their vaccination. This additional time is for your safety and allows the vaccine team to monitor you in the event of a reaction.

Acknowledgement and Consent to Receive Vaccination

The following has been communicated with me:

- The FDA has authorized the emergency use of Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine (also known as BNT162b2), which is not FDA approved in this population, for vaccination against COVID-19.
- The option to accept or refuse vaccination and alternative options.
- Information on available alternative vaccines and the risks and benefits of those alternatives.
- Significant and potential risks and benefits of vaccination, and the extent to which they may occur, is not known at this time.

I have been provided a copy and/or opportunity to review the EUA Fact Sheet

- FDA Fact Sheet for Patients/Patients/Caregivers: [Here \(https://www.fda.gov/media/144414/download\)](https://www.fda.gov/media/144414/download)

I was provided a vaccination card with the date when the recipient needs to return for the second dose of Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine

I understand and agree that this consent form and records relating to my vaccination will be maintained in designated records, including, if applicable, my medical record and/or my occupational health record.

I consent to the release of my information to state or federal health authorities (e.g. state immunization registries) for the purpose of tracking immunizations during the public health emergency.

I was provided information on the V-SAFE program. The program does health checks on the people who get the COVID-19 vaccine. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/safety/vsafe.html>

Therefore, I attest that I understand the nature of administering Pfizer-BioNTech Covid-19 Vaccine the relative known risks and benefits, available alternatives, and have received information and answers to questions. I am consenting to being vaccinated under the EUA until such a time as I have completed the vaccination schedule of two doses, I substantially decompensate or show a significant adverse reaction to the vaccine, or my goals of care have changed. I understand that I am free to withdraw consent and stop treatment prior to the second dose. I understand that stopping the vaccination series will not impact other medical care and treatment options.

Printed Name: _____

Recipient Signature: _____ Date: _____

Parent/Guardian Signature if under 18: _____ Date: _____

Clinician Signature: _____ Date: _____



BNT162B2 es una vacuna desarrollada por Pfizer-BioNTech para prevenir enfermedades causadas por el COVID-19. Esta vacuna ha sido autorizada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados (FDA) para su uso en virtud de una autorización de uso de emergencia (EUA). El propósito de este formulario es obtener su consentimiento para recibir la vacuna.

Nombre de paciente: _____ Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____

Código Postal: _____ Sexo _____ Raza _____ Etnicidad: Hispano/Latino No Hispano/Latino
Edad: _____ Nombre del Padre/Guardian si menor de 18: _____

*Hasta la fecha, no se ha incluido a las mujeres embarazadas y a las mujeres en periodo de lactancia en ningún ensayo clínico de vacuna contra el COVID, por lo que no se han incluido datos de seguridad específicos de esta población. Si está embarazada, planea quedarse embarazada o está amamantando, es posible que desee hablar con su proveedor de atención antes de recibir la vacuna. --

La seguridad de los cuidadores es nuestra prioridad número uno. Al recibir esta vacuna COVID-19, está de acuerdo con nuestro protocolo de seguridad, que requiere que los cuidadores permanezcan en la zona de vacunación durante al menos 15 minutos después de su vacunación. Este tiempo adicional es para la seguridad del cuidador y permite al equipo de la vacuna controlar a los cuidadores en caso de reacción.

Reconocimiento y Consentimiento para recibir una vacunación

Me ha comunicado lo siguiente:

- La FDA ha autorizado el uso de emergencia de la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 (también conocida como BNT162b2), que no está aprobada por la FDA en esta población, para la vacunación contra el COVID-19.
- La opción de aceptar o rechazar la vacunación y opciones alternativas.
- Información sobre las vacunas alternativas disponibles y los riesgos y beneficios de esas alternativas.
- En este momento no se conocen los riesgos y beneficios significativos y potenciales de la vacunación, y la medida en que pueden ocurrir.

Me han proporcionado una copia y/o la oportunidad de revisar la hoja informativa de la UEA

- Ficha informativa de la FDA para pacientes/pacientes/cuidador: aquí (<https://www.fda.gov/media/144625/download>)

Me proporcionaron una tarjeta de vacunación con la fecha en que el destinatario necesita volver a la segunda dosis de vacuna de Pfizer-BioNTech COVID-19

Entiendo y estoy de acuerdo en que este formulario de consentimiento y los registros relacionados con mi vacunación se mantendrán en registros designados, incluidos, en su caso, mi historial médico y/o mi historial de salud en el trabajo.

Consiento en la divulgación de mi información a las autoridades sanitarias estatales o federales (por ejemplo, registros estatales de inmunización) con el fin de rastrear las inmunizaciones durante la emergencia de salud pública.

Me proporcionaron información sobre el programa V-SAFE. El programa controla la salud de las personas que reciben la vacuna COVID-19. <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/safety/vsafe.html>

Por lo tanto, certifico que entiendo la naturaleza de la administración de Pfizer-BioNTech Covid-19 Vacuna los riesgos y beneficios relativos conocidos, las alternativas disponibles, y he recibido información y respuestas a las preguntas. Estoy consintiendo en ser vacunado en el marco de la UEA hasta que haya completado el programa de vacunación de dos dosis, descompense sustancialmente o muestre una reacción adversa significativa a la vacuna, o mis objetivos de atención hayan cambiado. Entiendo que soy libre de retirar el consentimiento y detener el tratamiento antes de la segunda dosis. Entiendo que detener la serie de vacunación no afectará a otras opciones de atención médica y tratamiento.

Nombre imprimido: _____

Firma de Destinatario: _____ Fecha: _____

Firma de Clínico: _____ Fecha: _____

May 11

**College Place
Schools Clinic**



**Pfizer (ages 16+) and Johnson
& Johnson (only ages 18+)
Available**

