



**TULARE COUNTY
HEALTH & HUMAN SERVICES AGENCY**

Timothy W. Lutz, MBA
Agency Director

Karen M. Elliott, MBA • Director • Public Health Branch Director
Karen Haight, MD, MPH • County Health Officer

Parent/Guardian Consent for Minor Patient: I hereby request the COVID-19 vaccine be given to the patient identified below for whom I am legally authorized to give consent for medical treatment. I acknowledge and agree that I have reviewed the Fact Sheet for Recipients and Caregivers concerning the [Emergency Use Authorization \(EUA\) of the Pfizer-Biontech](#) COVID-19 Vaccine to Prevent Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Individuals 16 Years of Age or Older. By signing below, I represent I have had the opportunity to ask questions that were answered to my satisfaction and I understand the vaccine's risks and benefits. Further, by signing below, I acknowledge I have been made aware of the California Immunization Registry (CAIR) Notice to Patients and Parents available at <http://www.cairweb.org/cair-forms>. I understand that the immunization data of the patient identified below will be entered in the CAIR system, and that I have the right to opt out of having this patient's information shared with other organizations as their parent/guardian. I acknowledge in the event that the patient identified below has an adverse reaction to the vaccine during the 15 minutes of observation, that necessary treatment may be provided and I give my consent to such treatment. By providing my telephone number below, I give the County of Tulare and participating vaccination partners permission to contact me regarding important vaccine reminders.

Consentimiento del Padre / Guardián para un paciente menor de edad: Por la presente solicito que se le administre la vacuna COVID-19 al paciente identificado a continuación por quien estoy legalmente autorizado a dar consentimiento para el tratamiento médico. Reconozco y acepto que he revisado la hoja informativa para destinatarios y cuidadores sobre la autorización de uso de emergencia (EUA) de la vacuna Pfizer-Biontech COVID-19 para prevenir la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en personas de 16 años o mayor. Al firmar a continuación, declaro que he tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción y que entiendo los riesgos y beneficios de la vacuna. Además, al firmar a continuación, reconozco que se me ha informado sobre el Aviso para pacientes y padres del Registro de Inmunizaciones de California (CAIR) disponible en <http://www.cairweb.org/cair-forms>. Entiendo que los datos de vacunación del paciente identificado a continuación se ingresarán en el sistema CAIR y que tengo derecho a optar por no compartir la información de este paciente con otras organizaciones como su padre / guardián. Reconozco que en el caso de que el paciente identificado a continuación tenga una reacción adversa a la vacuna durante los 15 minutos de observación, que se puede proporcionar el tratamiento necesario y doy mi consentimiento para dicho tratamiento. Al proporcionar mi número de teléfono a continuación, le doy al Condado de Tulare y a los participantes asociados de vacunación permiso para que se comuniquen conmigo con respecto a recordatorios importantes de vacunas.

Patient Name (First and Last) Nombre del paciente (Nombre y Apellido)	
Patient Date of Birth/Fecha de nacimiento del paciente	

Parent or Guardian Name (First and Last) Nombre del Padre o Guardián (Nombre y Apellido)	
Relationship to Patient/Relación al paciente	
Signature/Firma	
Telephone Number/Número de teléfono	