



University
HOSPITAL
150 Bergen Street
Newark, New Jersey 07103-2425
(973) 972-4300



COVID VACCINE CONSENT MINOR

COVID-19 VACCINE CONSENT FORM

For Use Only For Patients Under 18

*Need patient label or if no label clearly write
patient name, date of birth and medical record #.*

By signing this form below, I certify the following:

- I am the parent or legal guardian of the Patient, and confirm that the Patient is old enough to receive the vaccine consistent with current age requirements established by the federal government.
- I hereby give my consent to University Hospital or its agents to administer the COVID-19 vaccine to the Patient, inclusive of the full dosing regimen, which I understand could include multiple doses.
- I understand that this product has not been approved or licensed by the U.S. Food and Drug Administration (FDA), but has been authorized for emergency use by FDA, under an Emergency Use Authorization to prevent Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) for use in individuals 12 years of age and older.
- I understand that the emergency use of this product is only authorized for the duration of the declaration that circumstances exist justifying the authorization of emergency use of the medical product under Section 564(b)(1) of the Federal Food, Drug, and Cosmetic Act, unless the declaration is terminated or authorization revoked sooner.
- I understand that it is not possible to predict all possible side effects or complications associated with receiving vaccine(s). I have been provided a copy of the COVID-19 Vaccine Emergency Use Authorization Fact Sheet for the specific vaccine that will be administered to the Patient, and have read and/or had explained to me the risks and benefits associated with this vaccine.
- I also acknowledge that I have had a chance to ask questions and that such questions were answered to my satisfaction.
- I acknowledge that I have been advised to ensure that the patient remains near the vaccination location for observation as instructed by the clinician administering the vaccine. I understand that in most cases this will be approximately 15 minutes but, if factors indicating an increased risk are present, could be longer. If the Patient experiences a severe reaction after departure from University Hospital, I will call 9-1-1 or go to the nearest hospital.
- On behalf of myself, my heirs and personal representatives, I hereby release and hold harmless University Hospital and their staff, agents, successors, divisions, affiliates, subsidiaries, officers, directors, contractors and employees from any and all liabilities or claims whether known or unknown arising out of, in connection with, or in any way related to the administration of the vaccine listed above.
- I acknowledge that University Hospital may share the Patient's personal immunization information with the New Jersey Department of Health (DOH), New Jersey Immunization Information System (NJIS) Centers for Disease Control (CDC) or other federal or state agencies.
- I further authorize University Hospital or its agents to submit a claim to my insurance provider, Medicaid or Medicare Part B without supplemental coverage payment for me for the above requested items and services, when otherwise permitted by law. I assign and request payment of authorized benefits be made on my behalf to University Hospital or its agents with respect to the above requested items and services.
- I acknowledge receipt of the Notice of Privacy Practices.

Print Name of Patient: _____

Signature of Parent or Legal Guardian: _____ **Date:** _____

Print Name of Parent/Guardian and Relationship to Patient: _____



**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO
PARA LA VACUNA DE COVID-19**
Solo para uso en pacientes menores de 18 años

*Need patient label or if no label clearly write
patient name, date of birth and medical record #.*

Al firmar el formulario a continuación, certifico que:

- Soy el padre o tutor legal del Paciente y confirmo que el Paciente tiene la edad suficiente para recibir la vacuna de acuerdo con los requisitos de edad vigentes establecidos por el gobierno federal.
- Por la presente doy mi consentimiento a University Hospital o sus agentes para que le administren la vacuna contra el COVID-19 al Paciente, incluido el régimen de dosificación completo, que comprendo podría incluir múltiples dosis.
- Entiendo que este producto no cuenta con la aprobación o autorización de la Administración de Alimentos y Fármacos de los EE.UU. (FDA, por sus siglas en inglés), pero que ha sido autorizado para su uso de emergencia por la FDA, dentro de la Autorización de uso de emergencia con el fin de prevenir la enfermedad del Coronavirus 2019 (COVID-19), para su uso en personas de 12 años de edad y mayores;
- Entiendo que el uso de emergencia de este producto solo está autorizado el tiempo que dure la declaración de que existen circunstancias que justifican la autorización del uso de emergencia del producto médico según la Sección 564(b)(1) de la Ley federal de alimentos, fármacos y cosméticos, a menos que la declaración termine o se revoque la autorización, lo que ocurra primero.
- Entiendo que no es posible predecir todos los posibles efectos secundarios o complicaciones asociados con la administración de la(s) vacuna(s). Recibí una copia de la Hoja de datos de autorización del uso de emergencia de la vacuna contra el COVID-19 para la vacuna específica que se administrará al Paciente, y he leído y/o me han explicado los riesgos y beneficios asociados con esta vacuna.
- También reconozco que he tenido la oportunidad de hacer preguntas, para las que recibí respuestas a mi satisfacción;
- Reconozco que me han advertido que debo asegurarme de que el Paciente permanezca cerca del lugar de vacunación para fines de observación, según las indicaciones del clínico que administra la vacuna. Entiendo que en la mayoría de los casos esto será por un plazo de aproximadamente 15 minutos pero, si existen factores que indiquen un mayor riesgo, el plazo podría ser mayor. Si el Paciente experimenta una reacción grave después de irse de University Hospital, llamaré al 9-1-1 o me dirigiré al hospital más cercano.
- Por mi propia cuenta y en nombre de mis herederos y representantes personales, por la presente exonero y mantendré libre de todo daño a University Hospital y su personal, agentes, sucesores, divisiones, filiales, subsidiarias, oficiales, directores, contratistas y empleados por todas y cada una de las responsabilidades o quejas, ya conocidas o que surjan de, o en conexión con, o de cualquier modo estén relacionadas a la administración de la vacuna antes mencionada.
- Reconozco que University Hospital puede compartir la información de inmunización personal del Paciente con New Jersey Department of Health (DOH), New Jersey Immunization Information System (NJIS) Centers for Disease Control (CDC) u otros organismos federales o estatales.
- Además, autorizo a University Hospital o sus agentes a presentar una reclamación a mi proveedor de seguros, Medicaid o la Parte B de Medicare sin un pago de cobertura complementaria para mí por los artículos y servicios antes solicitados, cuando así lo permita la ley. Asigno y solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice a mi nombre a University Hospital o sus agentes, con respecto a los artículos y servicios antes solicitados.
- Acuso recibo del Aviso de prácticas de privacidad.

Nombre en imprenta del paciente: _____

Firma del padre o tutor legal: _____ **Fecha:** _____

Nombre en imprenta del padre/tutor y relación con el paciente: _____