

ASUNTO: Autorización para la aplicación de la vacuna contra COVID-19 De Pfizer-BioNtech para personas menores de edad

Información sobre la vacuna:

- A nivel mundial, la única vacuna con autorización para su aplicación en menores de edad es la de Pfizer-BioNtech, para el grupo de población de 14 a 17 años.
- Los efectos secundarios más comunes pueden ser: dolor en el sitio de inyección, cansancio, dolor de cabeza, músculos y articulaciones, o fiebre.
- La probabilidad de que se presente una reacción alérgica grave es muy baja a nivel mundial y en México, la misma fluctúa entre 1 en cada 100,000 a 1 en cada millón de personas vacunadas con biológicos diferentes a éste.
- En el módulo de vacunación se contempla un área de observación cubierta por personal médico para la atención de urgencias (en caso de presentarse), en la cual la persona vacunada deberá permanecer 30 minutos como mínimo. Al terminar la estancia de 30 minutos en el área de observación, la persona saldrá del módulo de vacunación.
- El tiempo de aplicación de la segunda dosis es de 21 a 42 días contados a partir de la fecha de la primera dosis.

_____, Zac; a _____ de _____ de 2022.
(MUNICIPIO) (DIA) (MES)

A QUIEN CORRESPONDA:

Por medio del presente confirmo que he revisado la información referente a la vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNtech.

Declaro bajo protesta de decir verdad que tengo la facultad legal como madre/padre/tutor(a) de AUTORIZAR que se vacune a:

(NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA MENOR DE EDAD)

quien es menor de edad, con la vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNtech, estando yo presente o no en el módulo de vacunación.

Estoy de acuerdo en que el personal médico actúe de inmediato en caso de presentarse algún Evento Supuestamente Atribuible a la Vacunación o Inmunización (ESAVI) que llegue a presentarse durante los 30 minutos de observación en el módulo de vacunación. En caso de ser grave, autorizo que reciba atención médica inmediata al hospital más cercano al sitio donde se encuentre.

A T E N T A M E N T E
LA MADRE/EL PADRE/TUTOR(A)

(NOMBRE COMPLETO Y FIRMA)