

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 [Fact Sheet for Recipients and Caregivers: Emergency Use Authorization \(EUA\) of the Pfizer-BioNtech COVID-19 Vaccine to Prevent COVID-19 in Individuals 12 Years of Age and Older](#). ● I acknowledge that only minors 12- 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 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 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 acknowledge that a minor must be accompanied by a responsible adult to be administered a COVID-19 vaccine at a Los Angeles Unified School District facility. If a parent or legal guardian is unable to accompany the minor, I give consent for the responsible adult named below to accompany them instead. I understand that this adult must show photo ID.



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)

For 12- through 17-year-olds who will not be accompanied by their parent or legal guardian only:

Name of responsible adult who will accompany the minor

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ÁNGELES

VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19

CONSENTIMIENTO PARA MENORES DE 18 AÑOS QUE RECIBIRÁN LA VACUNA CONTRA EL COVID-19

Nombre: _____
Nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Fecha de Nacimiento: _____
mm-dd-aaaa

Núm. de ID estudiantil: _____

RECONOCIMIENTO POR PARTE DE LA PERSONA AUTORIZADA PARA ACEPTAR LA VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19 DEL MENOR:

- He leído la [Hoja informativa para receptores y proveedores de cuidado: Autorización para Uso de Emergencia \(EUA, por sus siglas en inglés\)](#) de la vacuna Pfizer-BioNtech contra el COVID-19 para prevenir la enfermedad del COVID-19 en personas de 12 años y mayores.
- Entiendo que sólo los menores de 12 a 17 años de edad 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.
- Se me ha informado sobre la [Notificación a los Pacientes y los Padres del Registro de Inmunizaciones de California \(CAIR, por sus siglas en inglés\)](#). Entiendo que los datos de inmunización se ingresarán en el sistema CAIR y que tengo el derecho a optar por no permitir que la información se comparta con otras organizaciones.
- Autorizo al Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles, al Condado de Los Ángeles y a los socios participantes en la vacunación para que se comuniquen conmigo con respecto a recordatorios importantes de vacunación y acceso a un registro de vacunación electrónico.
- Reconozco que un menor debe estar acompañado por un adulto responsable para que se le administre la vacuna contra el COVID-19 en una instalación del Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles. Si uno de los padres o el tutor legal no puede acompañar al menor, doy mi consentimiento para que el adulto responsable nombrado a continuación lo acompañe en su lugar. Entiendo que este adulto debe mostrar una identificación con foto.

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

Firma del representante legalmente autorizado

Fecha

Nombre

Relación con el menor

Número de teléfono (preferiblemente un teléfono celular)

Sólo para menores de 12 a 17 años que no estén acompañados por sus padres o tutores legales:

Nombre del adulto responsable que acompañará al menor