



**MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LA DOSIS DE
RECUERDO DE VACUNA FRENTE A LA COVID-19 ENTRE 12 Y 17 AÑOS**

VACUNA: COMIRNATY (LABORATORIO PFIZER)

CENTRO DE VACUNACIÓN:

NOMBRE Y DOS APELLIDOS DE LA PERSONA A VACUNAR:,
con **DNI/NIE:**

PARA MENORES DE 16 AÑOS ES NECESARIO CONSENTIMIENTO POR REPRESENTACION:

Representante legal D/D^a....., con DNI /NIE:

MANIFIESTO:

- Que he sido informado de forma completa que la estrategia de vacunación en España actualmente vigente recomienda la dosis de recuerdo a personas mayores de 18 años y en los adolescentes entre 12 y 17 años con patología de alto riesgo.
- Que conozco que la ficha técnica de la vacuna tiene, a fecha de hoy, autorización para la dosis de recuerdo a partir de los 12 años.
- Que dicha dosis de recuerdo se solicita por razón administrativa: viaje internacional por motivo, debidamente justificado.
- Que entiendo los riesgos y beneficios conocidos y potenciales de esta vacuna contra la COVID-19, de los que se me informa adecuadamente.
- Que se me ha ofrecido respuesta a las preguntas que he podido plantear.

DOY

Mi consentimiento/de mi representado (en el caso de menores de 16 años) para la administración de una dosis de recuerdo de la vacuna frente a la COVID-19.

Firmo por duplicado, quedándome una copia

En _____, a ___ de _____ de _____

Firma:

(Marcar lo que corresponda)

Interesado **Padre** **Madre** **Tutor legal**