

## Informed Consent for COVID-19 Vaccination

(Student)

I voluntarily consent and authorize UC San Diego Health to administer a COVID-19 vaccination to the student (named below).

I acknowledge and understand that the COVID-19 vaccination will be the Pfizer COVID-19 vaccine, adhering to the CDC guidelines (<https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/info-by-product/pfizer/>). The Pfizer vaccine is a series of 2 vaccines 21 days or longer apart. This consent covers both doses of the vaccine.

I, as the Parent/Legal Guardian for the Student, assume complete and full responsibility to take appropriate action with regards to the vaccination. Should I have questions or concerns regarding student vaccinations, I shall promptly seek advice and treatment from an appropriate medical provider. I understand that there will be no charge or payment to student, parent or to health insurance for the administration of the vaccine. I understand that UC San Diego Health forms ask me for a Social Security Number, but that I am not required to provide this and the vaccination will be provided whether this is provided or not. **Whether or not a Social Security Number is provided will not impact a student's eligibility for enrollment or receipt of educational services. Social security numbers, or the fact that one was not provided will not be shared by the District except with UCSD and UCSD will not share this information.**

I understand that signing this form authorizes UC San Diego Health to vaccinate the student named below on both occasions for the (two-dose regimen for the Pfizer vaccine), I approve of my student to be vaccinated without my presence through June 30, 2021.

I understand that I can cancel this Consent in writing at any time prior to the vaccine being administered. If I notify UC San Diego Health in writing to cancel this Consent, UC San Diego Health may no longer vaccinate my child if I cancel my consent prior to the first dose.

I understand that there is a requirement to register the student as a UC San Diego Health patient (if not already registered).

The Pfizer COVID-19 vaccine is authorized by the FDA for persons 16 years old and over. More information about the vaccine can be found on-line in the vaccine information sheet at [www.fda.gov/media/144414/download](http://www.fda.gov/media/144414/download). The only persons who should not get the vaccine are those with allergies to the vaccine ingredients, listed on the information sheet (see the FDA link for information). Students may experience some side effects after one or both doses. Common side effects include injection site pain, tiredness, headache, muscle pain, chills, and sometimes fever and these generally resolve within a couple of days. Review the vaccine patient information sheet and contact your provider if you have further questions.

### SPECIMENS AND BLOOD TESTING

I understand that a health care provider may accidentally come into contact with student's body fluids. If this happens, I consent to testing students for infectious diseases. I agree that the exposed person may be given the results. I understand that State regulations may require UCSDH to report some medical outcomes to a regulatory health agency.

### Patient Rights and Privacy Practices

a) Notice of Privacy Practices and Patient Rights: UC San Diego Health "Notice of Privacy Practices" describes how it may use and disclose your protected health information and is available at this website: <https://health.ucsd.edu/hipaa/Pages/hipaa.aspx>

# UC San Diego Health

UC San Diego Health

COVID Operations

200 West Arbor Drive

San Diego, CA 92103

b) Disclosure to Government Authorities: I acknowledge and agree that UC San Diego Health may disclose vaccine information and associated information to appropriate county, state entities as is required by law.

Name of Student: \_\_\_\_\_

First

Last

Student Date of Birth: \_\_\_\_\_

Month / Date / Year

Allergies: \_\_\_\_\_

School of Enrollment: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ Teacher \_\_\_\_\_

Signature of Student (age 12 and older) \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature of Parent or Legal Guardian \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Printed Name of Parent or Legal Guardian: \_\_\_\_\_

Parent or Legal Guardian Date of Birth: \_\_\_\_\_

Month / Date / Year

Parent or Legal Guardian Phone Number: \_\_\_\_\_

Parent or Legal Guardian Email Address: \_\_\_\_\_

## Consentimiento bien fundado para la vacuna de COVID-19 (Estudiante)

Yo consiento y autorizo voluntariamente a UC San Diego Health a que administren la vacuna de COVID-19 al estudiante (nombrado/a abajo).

Reconozco y entiendo que la vacuna COVID-19 será la vacuna Pfizer COVID-19, siguiendo las directrices de CDC (<https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/info-by-product/pfizer/>). La vacuna Pfizer es una serie de 2 vacunas, administrando la segunda 21 o más días después. Este consentimiento cubre ambas dosis de la vacuna.

Yo, como padre/madre/tutor legal del estudiante, asumo plena y completa responsabilidad para tomar las medidas apropiadas en relación con la vacuna. Si tuviera preguntas o inquietudes sobre las vacunas del estudiante, consultaré de inmediato al proveedor médico apropiado para indicaciones y tratamiento. Comprendo que no habrá cargo alguno ni pago del estudiante, padres o seguro médico por la administración de la vacuna. Comprendo que las formas de UC San Diego Health piden el número de seguro social, pero que no tengo obligación de proporcionar esto y que la vacuna será administrada independientemente de que el número sea provisto. **El que se provea el número de seguro social no afectará la elegibilidad de un estudiante para inscripción o para recibir servicios educativos. Los números de seguro social, o el hecho de que no se proporcione uno, no serán compartidos por el Distrito, excepto con UCSD y UCSD no compartirá esta información.**

Comprendo que la firma en esta forma autoriza a UC San Diego Health a vacunar al estudiante nombrado abajo en ambas ocasiones (régimen de dos dosis de la vacuna Pfizer), doy mi consentimiento para que mi hijo/a sea vacunado/a sin mi presencia hasta el 30 de junio de 2021.

Comprendo que puedo cancelar este Consentimiento por escrito en cualquier momento antes de que la vacuna sea administrada. Si notifico UC San Diego Health por escrito que deseo cancelar de este Consentimiento, UC San Diego Health ya no podrá vacunar a mi hijo/a si yo cancelo mi consentimiento antes de la primera dosis.

Comprendo que existe el requisito de registrar al estudiantes como un paciente de UC San Diego Health (si no está ya registrado).

La vacuna Pfizer COVID-19 ha sido autorizada por la FDA para personas de 16 años de edad en adelante. Se puede encontrar más información sobre la vacuna en línea en la hoja informativa en [www.fda.gov/media/144414/download](http://www.fda.gov/media/144414/download). Las únicas personas que no deben recibir la vacuna son aquellas que tienen alergias a los ingredientes de la vacuna, enumerados en la hoja informativa (consulte el enlace de la FDA para más información). Los estudiantes pueden experimentar algunos efectos secundarios después de una o de ambas dosis. Los efectos secundarios comunes incluyen dolor en el lugar de aplicación de la vacuna, cansancio, dolor cabeza, dolor muscular, escalofríos y a veces fiebre, y estos síntomas generalmente desaparecen en un par de días. Revise la hoja informativa para pacientes de la vacuna y contacte a su médico o proveedor de salud si tiene dudas.

### ESPECÍMENES Y PRUEBA DE SANGRE

Comprendo que un proveedor de salud puede accidentalmente entrar en contacto con fluidos corporales del estudiante. Si esto sucede, doy mi consentimiento para examinar a mi hijo/a por enfermedades infecciosas. Consiento que la persona expuesta pueda recibir los resultados. Comprendo que los reglamentos estatales pueden requerir que UCSDH informe sobre algunos resultados médicos a una agencia normativa de salud.

## Derechos del paciente y prácticas de privacidad

a) Aviso de prácticas de privacidad y derechos del paciente: El "Aviso de prácticas de privacidad" de UC San Diego Health describe cómo puede usar y revelar su información de salud protegida y está disponible en este sitio web: <https://health.ucsd.edu/hipaa/Pages/hipaa.aspx>

b) Divulgación a autoridades gubernamentales: Comprendo y estoy de acuerdo con que UC San Diego Health revele la información de la vacuna e información asociada a las entidades apropiadas del condado y el estado como lo requiere la ley.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_  
Nombre(s) Apellido(s)

Fecha de nacimiento del estudiante: \_\_\_\_\_  
Mes / Día / Año

Alergias: \_\_\_\_\_

Inscrito/a en la escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Maestro \_\_\_\_\_

Firma del estudiante (de 12 años y mayores) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de padre, madre o tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de padre, madre o tutor legal \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de padre, madre o tutor legal: \_\_\_\_\_  
Mes / Día / Año

Número de teléfono de padre, madre o tutor legal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico de padre, madre o tutor legal: \_\_\_\_\_

**San Diego High School  
COVID-19 Vaccination  
2-Day Walk In Clinic  
Wednesday, May 12 & Thursday May 13  
8:00 AM - 4:00 PM**

