

## Consent to Vaccinate Minor for COVID-19

\_\_\_\_\_  
Minor's First, Middle, and Last Name

\_\_\_\_\_  
Minor's Date of Birth

\_\_\_\_\_  
Street Address

\_\_\_\_\_  
City

\_\_\_\_\_  
ZIP

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Name

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Phone

\_\_\_\_\_  
School Name

As the parent or legal guardian of the above-named minor child aged 12 to 17, I hereby consent for the **Salt Lake County Health Department** to administer the Pfizer 2-dose COVID vaccine to my child while they are under the care of the school listed above.

- ✓ I verify that the above information is correct.
- ✓ I understand students are required to have a 15-minute observation after vaccine administration.
  - I understand that health department nurses will determine if a student requires a 30-minute observation based on past history of vaccine reaction and/or allergy. Nurses will administer Benadryl and/or Epipen, as needed, per SLCoHD standing order.
- ✓ I understand I will be contacted to pick up my student if they experience an allergic reaction.

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

## Consentimiento para Vacunar a un Menor Contra el COVID-19

\_\_\_\_\_  
Primer Nombre, Segundo Nombre, y Apellido del Menor      Fecha de Nacimiento del Menor

\_\_\_\_\_  
Dirección      Ciudad      Código Postal

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Guardián      Teléfono del Padre/Guardian

\_\_\_\_\_  
Nombre de escuela

Como padre o guardián legal del menor de 12 a 17 años mencionado anteriormente, doy mi consentimiento para que el **Departamento de Salud del Condado de Salt Lake** administre la vacuna contra el COVID de 2 dosis de Pfizer a mi hijo(a) mientras esté bajo el cuidado de la escuela mencionada.

- ✓ Verifico que la información anterior es correcta.
- ✓ Entiendo que los estudiantes deben tener una observación de 15 minutos después de la administración de la vacuna.
  - Entiendo que las enfermeras del departamento de salud determinarán si un estudiante requiere una observación de 30 minutos basándose en la historia de reacciones a las vacunas y/o alergias. Las enfermeras administrarán Benadryl y/o Epipen, según sea necesario, según la orden permanente de SLCoHD.
- ✓ Entiendo que me llamarán para que recoja a mi estudiante si experimenta una reacción alérgica.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha