

Formulario de renuncia y consentimiento para la vacuna de COVID-19 para menores y adultos

Primer nombre del paciente: _____ Apellido del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____ / _____ / _____ Edad del paciente: _____
Mes Día Año

Por favor incluya sus iniciales en UNO de los siguientes:

 Iniciales de padre de familia/tutor

Dosis de la serie primaria: Doy mi consentimiento y acepto que el paciente mencionado anteriormente sea elegible para recibir una **dosis de la serie primaria** con la vacuna COVID-19 que se verifica a continuación de parte de Salud Pública del Condado Harris. **(Solo marque uno):**

- Pfizer-BioNTech: **6 meses de edad o mayor**
- Moderna: **6 meses de edad o mayor**
- Novavax: **12 años de edad o mayor**

 Iniciales de padre de familia/tutor

Dosis de refuerzo: Doy mi consentimiento y acepto que el paciente mencionado anteriormente es elegible para recibir una **dosis de refuerzo** con la vacuna COVID-19 que se verifica a continuación de parte de Salud Pública del Condado Harris. **(Solo marque uno):**

- Pfizer-BioNTech: **5 años de edad o mayor**
- Moderna: **18 años de edad o mayor**

Favor de incluir sus iniciales en TODO lo siguiente:

 Iniciales de padre de familia/tutor

AUTORIZACION DE USO DE EMERGENCIA Y OBSERVACION: Yo he leído o se me ha explicado la información contenida en la hoja de Autorización de Uso de Emergencia (EUA por sus siglas en inglés) para los recipientes y cuidadores por la vacuna de COVID-19 elegida arriba y entiendo los riesgos y beneficios de la vacuna. He tenido oportunidad de hacer preguntas y han sido contestadas a mi satisfacción. Estoy de acuerdo en permanecer bajo observación médica 15 minutos después de recibir la vacuna. Yo entiendo que tengo el derecho de retirar este consentimiento en cualquier momento antes de recibir la vacuna de COVID-19 sin que esto afecte mi derecho a servicios o cuidados a futuro o beneficios de programas a los cuales de otra forma tendría acceso.

 Iniciales de padre de familia/tutor

AUTORIZACION Y CONSENTIMIENTO MEDICO: En caso de una situación de emergencia o que no sea de emergencia que requiera tratamiento médico del paciente durante el proceso de vacunación, yo/nosotros, el paciente/los padres/tutores del paciente, le damos al Departamento de Salud Pública del Condado Harris mi/nuestro consentimiento y autorización para todo tratamiento médico que el personal médico calificado considere necesario para la atención y el tratamiento adecuados del paciente, incluidos, entre otros, la administración de primeros auxilios, el uso de una ambulancia y el traslado a un hospital.

 Iniciales de padre de familia/tutor

NOTIFICACION DE PRIVACIDAD: Con pocas excepciones, tiene derecho a solicitar y ser informado sobre la información que HCPH recopila sobre usted. Tiene derecho a recibir y revisar la información cuando lo solicite. También tiene derecho a pedirle a la agencia que corrija cualquier información que se determine que es incorrecta. Para obtener más información, comuníquese con el Departamento de Salud Pública del Condado Harris - Servicios de información de salud al 832-927-7647 o al 832-927-7646. Se me ha entregado una copia del Aviso de Privacidad de HCPH, que incluye la Regla de Privacidad de HIPAA. Tuve la oportunidad de que me explicaran el Aviso de Privacidad de HCPH. Entiendo que HCPH usará y divulgará mi información médica protegida para tratamientos, facturación y operaciones de atención médica sin mi autorización por escrito. Entiendo mis derechos según se describen en el Aviso. Entiendo cómo presentar una queja si siento que se han violado mis derechos.

 Iniciales de padre de familia/tutor

LIBERACION DE RESPONSABILIDAD Y ACEPTACION DE RIESGO: EN CONSIDERACION DE RECIBIR LA VACUNA COVID-19, POR MEDIO DE LA PRESENTE LIBERO Y ACEPTO MANTENER AL DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA DEL CONDADO HARRIS Y EL CONDADO HARRIS, SUS FUNCIONARIOS, COMISIONADOS, ADMINISTRADORES, OFICIALES, EMPLEADOS, ASEGURADORES, HEREDEROS LIBRES DE Y CONTRA CUALQUIER RECLAMO, DEMANDA, COSTOS (INCLUYENDO HONORARIOS DE ABOGADOS Y HONORARIOS DE EXPERTOS) Y LAS CAUSAS DE ACCION POR LESIONES, MUERTE Y TODOS LOS DEMAS DAÑOS ASOCIADOS CON O QUE SURJAN DE RECIBIR LA VACUNA COVID-19 EN LA MAYOR MEDIDA DE LA LEY. ESTA EXENCION E INDEMNIZACION TAMBIEN SE EXTIENDE A RECLAMOS QUE DE OTRA MANERA PODRIAN SER AFIRMADOS POR MIS HEREDEROS, FAMILIA Y / O REPRESENTANTES LEGALES.

Doy fe de que la información que he proporcionado en este formulario es precisa y correcta a mi leal saber y entender. Por la presente doy mi consentimiento informado para el procedimiento/tratamiento/vacunación enumerados anteriormente. El personal de HCPH o los contratistas no me han otorgado ninguna garantía con respecto a la atención o servicios que proporcionará HCPH. Certifico que se me han explicado completamente los servicios y la atención que se brindará y que mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Doy fe de que soy un adulto que puede dar mi consentimiento legal para que la persona nombrada anteriormente reciba la vacuna COVID-19. Doy libre y voluntariamente mi consentimiento para la administración de la vacuna COVID-19.

Firma de padre de familia/tutor: _____ Fecha: _____

Favor de escribir en letra de molde el nombre de padre de familia/tutor _____ Relación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

TRADUCTOR/INTERPRETE: Le he proporcionado una traducción precisa de esta información al paciente y/o al padre de familia o tutor. Han declarado que entienden la información y han tenido la oportunidad de recibir respuestas a sus preguntas y consienten de forma voluntaria.

Firma del traductor/interprete: _____ Fecha: _____

Nombre de traductor en letra de molde _____