

Delivery Network/Location

NAME:

BIRTH DATE:

MRN:

DOS:

(If handwritten, patient name, MRN, birth date, and DOS)

Yale New Haven Health

Consentimiento para vacunación contra el COVID-19

Consent for COVID-19 Vaccination

Leí o me leyeron la Declaración informativa sobre vacunas de 2020-2021 de la vacuna contra el COVID-19. Entiendo los riesgos y los beneficios de la vacuna, y asumo voluntariamente la responsabilidad por cualquier reacción que podría ser producto de recibirla. Tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre la vacuna y las respondieron todas a mi satisfacción.

Entiendo que la vacuna contra el COVID-19 se aplica en dos dosis. Doy mi consentimiento para que me administren la primera y la segunda dosis de la vacuna o para que se la administren a la persona que se menciona abajo, de quien soy el padre, la madre o el tutor legal ("Persona bajo mi tutela").

Después de la administración de la primera dosis de la vacuna, si yo o la persona bajo mi tutela presentamos una reacción a la vacuna repentina o grave, consultaré a un proveedor médico antes de recibir la segunda dosis de la serie de vacunación.

Yo, en mi nombre, o en nombre de la Persona bajo mi tutela, y de cada uno de nuestros herederos, albaceas, representantes personales y cesionarios, por medio del presente, eximo a Yale New Haven Health, sus afiliadas, subsidiarias, divisiones, directores, contratistas, agentes y empleados (colectivamente, "Partes eximidas") de todo reclamo que surja del hecho de que yo y la Persona bajo mi tutela recibamos estas vacunas, o que esté relacionado con lo mismo. Ni el centro que suministra la vacuna ni ninguna de las Partes eximidas serán responsables en ningún momento o en cualquier medida por pérdidas, lesiones, daños ni la muerte que podría sufrir cualquier persona, en cualquier momento, en relación con este programa de vacunación o con la administración de las vacunas descritas arriba, o como resultado de los mismos.

Mi expediente médico se puede compartir con mi médico o con otros proveedores de atención médica, y el expediente médico de la Persona bajo mi tutela se puede compartir con su médico o con otros proveedores médicos. Yale New Haven Health puede usar y revelar mi información médica y personal o la de la Persona bajo mi tutela para dar tratamiento, recibir pago por la atención médica prestada o por otras operaciones de atención médica. Reconozco que recibí una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Yale New Haven Health.

Relación con el paciente: _____

Hora

Fecha

Firma

Nombre en letra de molde

