

Formulario de renuncia y consentimiento - Vacuna COVID-19 para menores y adultos

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

MENOR DE EDAD

Para NIÑOS de 5 a 11 años: (Debe traer el formulario de consentimiento firmado por el padre o tutor a la cita)

Doy mi consentimiento y acepto recibir la vacuna(s) para COVID-19 del Departamento de Salud Pública del Condado Harris (HCPH).

La vacuna será [por favor ponga sus iniciales] _____ Vacuna Pfizer-BioNTech: Dos dosis.
Se le informará cuando la segunda (2ª) dosis esté disponible

Para ADOLESCENTES de 12 a 17 años: (Debe traer el formulario de consentimiento firmado por el padre o tutor a la cita)

Doy mi consentimiento y acepto recibir una vacuna (s) para COVID-19 por parte del Departamento de Salud Pública del Condado Harris (HCPH).

La vacunación será [por favor ponga sus iniciales] _____ Vacuna Pfizer-BioNTech/COMIRNATY: Dos dosis.
Se le informara cuando esté disponible la segunda dosis

_____ Vacuna Pfizer-BioNTech: Consideración de la TERCERA (3ra) dosis *

ADULTOS

Para ADULTOS mayores de 18 años que no pueden dar su consentimiento o el sistema Vacstrac de HCPH no funciona:

Doy mi consentimiento y estoy de acuerdo en recibir una vacuna contra el COVID-19 por parte del Departamento de Salud Pública del Condado Harris.

La vacunación será [por favor ponga sus iniciales] _____ Vacuna Pfizer-BioNTech / COMIRNATY o Moderna: DOS dosis.
Se le informará cuando esté disponible la segunda (2a) dosis.

_____ Vacuna Janssen: SOLO UNA dosis

_____ Vacuna Pfizer-BioNTech o Moderna: Consideración de la TERCERA (3a) dosis *

_____ Vacuna Pfizer-BioNTech, Moderna o Janssen: dosis de refuerzo

_____ Este consentimiento es para la vacuna COVID-19 y las dosis seleccionadas anteriormente.

Iniciales del paciente/tutor Acepto permanecer en el área de observación clínica durante 15 minutos inmediatamente después de la vacuna.

Entiendo que tengo derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento antes de la administración de la vacuna COVID-19 sin afectar mi derecho a la atención, los servicios o los beneficios del programa futuros a los que de otro modo tendría derecho.

Se me ha proporcionado información por escrito sobre la vacuna y he tenido la oportunidad de hacer preguntas y de obtener respuestas.

Acepto seguir practicando las medidas de seguridad recomendadas por los CDC (uso de mascarilla, distanciamiento social, lavarse las manos, etc.)

AUTORIZACIÓN 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 del paciente/tutor _____

AVISO DE PRIVACIDAD

NOTIFICACIÓN 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 del paciente/tutor _____

LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD Y ACEPTACIÓN DE RIESGO

EN CONSIDERACIÓN DE RECIBIR LA VACUNA COVID-19, POR LA PRESENTE LIBERO, DESCARGO Y ACEPTO MANTENER AL DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA DEL CONDADO HARRIS Y EL CONDADO HARRIS, SUS FUNCIONARIOS, COMISIONADOS, ADMINISTRADORES, OFICIALES, EMPLEADOS, ASEGURADORES, HEREDEROS DE Y CONTRA CUALQUIER RECLAMO, DEMANDA, COSTOS (INCLUYENDO HONORARIOS DE ABOGADOS Y HONORARIOS DE EXPERTOS) Y LAS CAUSAS DE ACCIÓN POR LESIONES, MUERTE Y TODOS LOS DEMÁS DAÑOS ASOCIADOS CON O QUE SURJAN DE RECIBIR LA VACUNA COVID-19 EN LA MAYOR MEDIDA DE LA LEY . ESTA EXENCIÓN E INDEMNIZACIÓN TAMBIÉN SE EXTIENDE A RECLAMOS QUE DE OTRA MANERA PODRÍAN SER AFIRMADOS POR MIS HEREDEROS, FAMILIA Y / O REPRESENTANTES LEGALES.

Iniciales del paciente/tutor _____

REQUERIDO PARA TODOS LOS PACIENTES

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 completa del paciente/padre o tutor

Fecha

Relación con el paciente

Dirección de quien firmo: _____

TRADUCTOR

Le he proporcionado una traducción precisa de esta información al paciente. Han declarado que entienden la información y han tenido la oportunidad de recibir respuestas a sus preguntas y consienten voluntariamente.

Firma del Traductor

Fecha

Nombre del Traductor