

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

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

**MENOR DE EDAD**

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

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: Primera (1) Dosis  
 \_\_\_\_\_ Vacuna Pfizer-BioNTech: Segunda (2) Dosis  
 \_\_\_\_\_ Vacuna Pfizer-BioNTech: Consideración de la TERCERA (3ra) dosis \*

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

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: Primera (1) Dosis  
 \_\_\_\_\_ Vacuna Pfizer-BioNTech: Segunda (2<sup>nd</sup>) Dosis  
 \_\_\_\_\_ Vacuna Pfizer-BioNTech: Consideración de la TERCERA (3ra) dosis \*  
 \_\_\_\_\_ Vacuna Pfizer-BioNTech: Dosis de refuerzo  
 \_\_\_\_\_ Vacuna Pfizer-BioNTech:  1<sup>a</sup> Dosis refuerzo  2<sup>a</sup> dosis de refuerzo

**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 o Moderna: Primera (1) Dosis  
 \_\_\_\_\_ Vacuna Pfizer-BioNTech o Moderna: Segunda (2) Dosis  
 \_\_\_\_\_ Vacuna Janssen: SOLO UNA dosis  
 \_\_\_\_\_ Vacuna Pfizer-BioNTech o Moderna: Consideración de la TERCERA (3a) dosis \*  
 \_\_\_\_\_ Vacuna Pfizer-BioNTech, Moderna o Janssen: 1<sup>a</sup> dosis de refuerzo  
 \_\_\_\_\_ Vacuna Pfizer-BioNTech o Moderna: 2<sup>a</sup> dosis de refuerzo

\_\_\_\_\_  
Iniciales del paciente/tutor

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

\_\_\_\_\_  
Iniciales del paciente/tutor

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.

## 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.

\_\_\_\_\_  
Iniciales del paciente/tutor

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.

## LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD Y ACEPTACIÓN DE RIESGO

\_\_\_\_\_  
Iniciales del paciente/tutor

EN CONSIDERACIÓN DE RECIBIR LA VACUNA COVID-19, POR MEDIO DE LA PRESENTE LIBERO Y ACEPTO MANTENER AL DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA 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 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.

## 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 /INTERPRETE

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