

# Departamento De Salud & Servicios Humanos del Condado de Salem

## Formulario de Consentimiento de Vacunas COVID-19 -ADULTOS Mayores de 18 Años

Para obtener más información, llame al: 856-935-7510, ext 8476 o 8482

El Departamento de salud del Condado de Salem mantendrá este expediente médico en el archivo. Registrará qué vacuna fue administrada, cuando recibió la vacuna, el nombre de la empresa que hizo la vacuna, número especial de la vacuna, la firma y título de la persona que dio la vacuna y la dirección en que se administró la vacuna.

He leído o me he explicado la hoja informativa sobre la vacuna COVID-19 que voy a recibir. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna COVID-19 y pido que me la den.

Por Favor Inicial: \_\_\_\_\_

**Favor de circular sus respuestas a las siguientes preguntas:** ¿Es usted o la persona que recibe la vacuna?:

¿18 años o más? Sí o No

¿Tienes una alergia al látex? Sí o No

### Política de privacidad

– He visto y he sido informado de las prácticas de privacidad del Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Salem, y autorizo el uso y divulgación de mi Información médica sobre la vacuna COVID-19 según estas prácticas. He visto o me han ofrecido la hoja informativa de la vacuna que estoy recibiendo hoy.

–Doy mi permiso para que mi información de inmunización sea incluidos en el Sistema de Información de Inmunización de NJ. Información acerca de este programa está disponible a petición.

### Autorización de tratamiento; Reconocimiento y Asunción del riesgo; Exención de responsabilidad, indemnización y liberación médica

-- En mi nombre y/o en nombre de cualquier persona a la que tenga poder, soy consciente de los peligros para la salud personal y el riesgo de lesiones físicas. También entiendo que puede haber riesgos adicionales o diferentes de los cuales no soy consciente. Entiendo que el Departamento no asegura a los participantes por pérdida o garantiza que se producirá un tratamiento exitoso. Elijo voluntariamente participar en esta actividad de inmunización con el conocimiento de que puedo ser perjudicado y acepto aceptar y asumir todo riesgo de lesiones personales o muerte. En consideración para el tratamiento que ocurre en mi nombre o en nombre de cualquier persona a quien tengo el poder de abogado sobre yo renunciar, liberar y dar de alta al Departamento, sus oficiales, agentes, voluntarios y empleados incluidos, por todo comportamiento imprudente o negligente que causa la muerte, discapacidad, lesiones personales, daños a la propiedad, pérdida u otras reclamaciones que puedan acumularse para mí o para mi patrimonio como resultado directo o indirecto de la participación en el tratamiento de inmunización. Además, defenderé, indemnizaré y eximiré al Departamento, a su oficial, agentes, voluntarios y empleados, incluidos, contra cualquier y todas las reclamaciones de cualquier naturaleza, incluidos los costos, gastos y honorarios razonables de abogado, que es cualquier forma o forma resultante de la participación en el tratamiento de referencia. Además, doy mi consentimiento para recibir o permitir que cualquier persona a la que tenga poder legal que haya recibido la vacuna COVID-19, reciba todo el tratamiento médico necesario que considere conveniente y ofrecido por el personal del Departamento.

### Lea Antes de Firmar

**He leído este formulario y reconozco que creo que comprendo plenamente sus términos y disposiciones, incluido el hecho de que estoy renunciar a ciertos derechos legales en consideración a recibir tratamiento.**

Appellido	Primer Nombre	Fecha de Nacimiento	Edad	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
<u>X</u>	Número de Teléfono #			
Firma/Persona para recibir la vacuna				

Clinic/Office Address: Salem County Health Department

Site of intramuscular injection:

\_\_\_ Left Deltoid \_\_\_ Right Deltoid \_\_\_\_\_ Other

Signature/Title of Vaccine Administrator

Reviewed By:

Label

Date/Place Vaccine administered

Exp. Date and Lot #