

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LAS VACUNAS COMIRNATY (COVID-19 VACCINE, mRNA) Y PFIZER-BIONTECH COVID-19 PARA PREVENIR LA ENFERMEDAD CORONAVIRUS 2019 (COVID-19)

Yo declaro que soy mayor de 18 años. Yo además reconozco que:

Yo he recibido y he leído o me han leído la Hoja Informativa de Datos para Recipientes y Personas Encargadas, sobre la Vacuna Comirnaty (COVID-19 Vaccine, mRNA) y la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 para prevenir la Enfermedad Coronavirus 2019 (COVID-19)." Yo entiendo todos los riesgos descritos en dicha hoja de datos. Yo he tenido la oportunidad de hacerle preguntas a un profesional de la salud acerca de la Vacuna Comirnaty (COVID-19 Vaccine, mRNA) o la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.

He leído o me han leído la Hoja Informativa de Datos para Recipientes y Personas Encargadas, sobre la Vacuna Comirnaty (COVID-19 Vaccine, mRNA) y la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 para prevenir la Enfermedad Coronavirus 2019 (COVID-19)." Por medio de la presente libero al Texas Children's Hospital y sus entidades afiliadas, a todos sus agentes, empleados, fiduciarios y representantes, de cualquier y toda responsabilidad que pueda surgir de la vacunación y / o de la información a mi proporcionada sobre dicha vacunación. Yo entiendo que el Programa "Countermeasures Injury Compensation Program" (CICP, por sus siglas en inglés) es un programa federal que puede ayudar a pagar los costos de atención médica y otros gastos específicos de ciertas personas que han resultado gravemente lesionadas por ciertos medicamentos o vacunas, incluyendo esta vacuna. Por lo general, se debe presentar un reclamo al CICP en espacio de un (1) año a partir de la fecha de recibir la vacuna. Para obtener más información sobre este programa, entiendo que debo visitar www.hrsa.gov/cicp/ o llamar al 1-855-266-2427.

Yo entiendo que Texas Children's Hospital, como proveedor de vacunación, deberá crear un expediente médico y compartirá datos relacionados a las vacunas contra COVID-19 con entidades estatales, locales, y federales incluyendo el sistema de archivo de vacunas. Dicha compartición de datos podría incluir toda la información personal que yo he proporcionado acerca de mí mismo y / o mi niño al Texas Children's Hospital para propósitos de recibir esta vacuna, errores, eventos adversos, casos de MIS en adultos y niños y casos de COVID-19 que resulten en la hospitalización o muerte después de haberse administrado a los recipientes la vacuna COMIRNATY (COVID-19 Vaccine, mRNA) o la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19. Si soy un empleado de Texas Children's estoy de acuerdo en compartir mi estado de vacunación y fechas de vacunación con el Departamento de Recursos Humanos de Texas Children's.

Yo he recibido el Aviso sobre Prácticas de Privacidad ("Aviso"). El Aviso explica la manera en que Texas Children's Hospital podría usar y divulgar la Información de Salud Protegida del paciente para fines de tratamiento, pagos y propósitos de atención médica. "Información de Salud Protegida" significa la información de salud personal del paciente encontrada en los expedientes médicos y facturación del paciente. Si usted tiene preguntas acerca de este Aviso, por favor comuníquese con la Oficina de Privacidad al tel. (832) 824-2091

Por medio de la presente doy mi CONSENTIMIENTO a la Vacuna Comirnaty (COVID-19 Vaccine, mRNA) o la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 y autorizo a los representantes del Texas Children's Hospital administrar la vacuna Comirnaty (COVID-19 Vaccine, mRNA) o Pfizer-BioNTech COVID-19 a mí o mi niño.

Nombre del Recipiente de la Vacuna (en letra de molde): _____

Firma del Recipiente de la Vacuna (Solo si no es menor de edad): _____

Nombre del Padre de Familia/Conservador/Tutor Legal (en letra de molde): _____

Firma del Padre de Familia/Conservador/Tutor Legal: _____

Si yo firmo en nombre del Recipiente de la Vacuna, **yo declaro que soy** el Padre de Familia/
Conservador / Tutor Legal del Paciente

Fecha: _____