

Formulario de consentimiento de vacunación para menores de edad

Nombre completo del paciente _____

Yo acuerdo y autorizo recibir la vacuna de COVID-19 del Departamento de Salud Pública del Condado Harris (HCPH por sus siglas en inglés).

La vacuna es para [favor de poner iniciales] _____ Vacuna Pfizer: DOS dosis.
Se le informará cuando la segunda dosis esté disponible.

_____ Este consentimiento es para la primera y segunda dosis de las dos dosis de la vacuna.

Iniciales de padre de familia
/tutor

Se me ha dado información por escrito sobre la vacuna y he tenido la oportunidad de que mis preguntas sean contestadas.

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN MÉDICA

_____ En el evento de una situación ya sea de emergencia o no, que requiera tratamiento médico al paciente durante el proceso de vacunación, yo/nosotros, los padres de familia o tutores del paciente, autorizamos a Salud Pública del Condado Harris a que provea todos los tratamientos médicos que crean necesarios por personal médico, incluyendo, pero no limitado a primeros auxilios, uso de ambulancia y traslado a un hospital.

Iniciales de padre de familia
/tutor

NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD

_____ Se me han entregado copias de Notificación de Privacidad de HCPH, lo cual incluye la ley de privacidad de HIPAA (por sus siglas en inglés).

Iniciales de padre de familia
/tutor

Yo he tenido la oportunidad de tener la Notificación de Privacidad de HCPH y se me ha explicado la misma. Yo entiendo que HCPH no usará mi información de salud protegida para tratamiento, facturación a centros de cuidados de salud sin mi autorización por escrito. Entiendo mis derechos como se describen en la notificación. Yo entiendo cómo realizar una queja si siento que mis derechos han sido violados.

NOTIFICACION DE PRIVACIDAD: Dado algunas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar la información que HCPH recaba sobre usted. Tiene el derecho de recibir y revisar la información cuando lo solicite. También tiene el derecho de preguntar a la agencia que corrija cualquier información que se determine incorrecta. Para mas información, comuníquese con el Departamento de Salud Pública del Condado Harris – Servicios sobre Información de Salud al 832-927-7647 o al 832-927-7646.

REQUERIDO PARA TODOS LOS PACIENTES

Yo confirmo que toda la información que he proporcionado en este formulario es correcta, hasta donde es de mi conocimiento. Por medio de este consentimiento informado, estoy de acuerdo con el procedimiento/tratamiento/vacunación nombrado arriba. No se me ha hecho ninguna garantía por el personal de HCPH o contratistas respecto a los servicios que se proveen de parte de HCPH. Yo certifico que los servicios de cuidado que se me proveen me han sido explicados por complete y mis preguntas han sido respondidas de forma satisfactoria.

_____ Firma completa del paciente/padre de familia o tutor

_____ Fecha

_____ Relación al paciente

Domicilio de la persona que firma: _____