



Community Organized
Relief Effort

Formulario de Consentimiento de Menores para la Vacuna Pfizer COVID-19

****Por favor, complete el registro en <http://apsvax.coreresponse.org/> y después llene la siguiente forma.** CONFIRMACIÓN #:** _____

Información del paciente

Persona que recibe la vacuna:

Nombre: * _____ Apellido: * _____

Fecha de nacimiento (MES-DÍA-AÑO) *: _____

¿La persona que recibe la vacuna es menor de 18 años? * Sí _____ No _____

¿La persona que recibe la vacuna tiene 12 años o más? * Sí _____ No _____

Número de teléfono principal o número celular: _____

Proporcione la información de los padres o tutores.

Nombre del padre o tutor:

Nombre: * _____ Apellido: * _____

Número de teléfono del padre o tutor: * _____

Correo electrónico *

Relación con el paciente *

Dirección de casa:

Calle (Suite, Dpto., Unidad # :) *

Ciudad, estado, código postal *



Community Organized
Relief Effort

Formulario de autorización y divulgación de vacunación COVID-19

Por la presente doy mi consentimiento para que Curogram Inc. administre una vacuna COVID-19 a mí o al menor de quien soy tutor legal, y por la presente libero, indemnizo y eximo de responsabilidad a Curogram y CORE Community Organized Relief Effort ("CORE"), sus agentes, funcionarios, directores, cesionarios, contratistas, sucesores y personal, de cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de sus actos y omisiones. Entiendo que puedo hacer preguntas sobre la vacunación o los cuidados, o rechazar el tratamiento en este momento, ya que estoy procediendo voluntariamente.

La vacuna COVID-19 reducirá el riesgo de padecer el nuevo tipo de enfermedad por coronavirus conocida como COVID-19. Tenga en cuenta que la vacuna no es completamente eficaz, como todos los demás medicamentos. Pueden pasar algunas semanas hasta que su cuerpo desarrolle la protección de la vacuna. Siempre existe la posibilidad de infectarse con Coronavirus incluso con la vacuna; sin embargo, la vacuna reduce la gravedad de cualquier infección. Dos dosis reducirán la posibilidad de enfermarse gravemente y reducirán el riesgo de muerte por coronavirus. Aun así, debe seguir las instrucciones de salud en su lugar de trabajo y en áreas públicas, como usar una mascarilla y mantenerse alejado de los demás después de recibir la vacuna COVID-19. La vacuna tiene algunos efectos secundarios como las otras vacunas o medicamentos, pero no se presentan en todos los casos. Los efectos secundarios más probables que puede experimentar con la vacuna: fiebre, dolor en el lugar de la inyección, enrojecimiento y endurecimiento de la piel en el lugar de la inyección, dolor de cabeza, dolores o molestias musculares, dolores o molestias en las articulaciones, fatiga (cansancio), náuseas / vómitos, escalofríos, inflamación de las glándulas de las axilas en el lado de la vacunación. Si cree que está experimentando algún efecto secundario, mantenga la calma y consulte a su médico de inmediato. Si actualmente está embarazada o planea quedar embarazada, o su pareja planea quedar embarazada; consulte a su médico antes de vacunarse.

Firma del padre o tutor *

Fecha de firma *



Autorización de vacunación de menores

Yo, _____ * (Nombre del Padre de Familia o Tutor):

Doy mi consentimiento consciente y voluntario para que mi hijo reciba la vacuna COVID-19 con la plena comprensión y divulgación de los riesgos asociados con recibir atención durante la pandemia COVID-19;

Confirmando que mi hijo tiene 12 años o más, ya que la vacuna aún no está aprobada para menores de 12 años;

He recibido, leído y comprendido la Hoja de datos de autorización de uso de emergencia y/o la Declaración de información de la vacuna para la vacuna que se está recibiendo;

He recibido y firmado la Autorización de Curogram HIPAA que permite la divulgación del registro de vacunas de mi menor, incluido el estado de las vacunas;

He tenido la oportunidad de discutir cualquier inquietud médica con mi proveedor de atención médica o con un proveedor de atención médica en el momento de mi vacunación y mis preguntas fueron respondidas satisfactoriamente;

Entiendo los beneficios y riesgos de la vacunación y asumo voluntariamente toda la responsabilidad por cualquier reacción que se pudiera presentar;

Entiendo que mi menor debe permanecer en el área de administración de la vacuna durante 15 minutos después de la vacunación para ser monitoreado por posibles reacciones adversas;

Entiendo que, si mi menor ha experimentado reacciones anafilácticas anteriormente, debería permanecer durante 30 minutos después de la vacunación para ser monitoreado por cualquier posible reacción adversa;

Entiendo que, si mi menor experimenta efectos secundarios, debo hacer lo siguiente:

- Ponerme en contacto con el médico,
- Llamar al 911.

POR FAVOR HAGA PREGUNTAS ANTES DE RECIBIR LA VACUNA COVID-19.

Entiendo los riesgos de esta vacuna y pido que se le administre esta vacuna a la persona nombrada anteriormente por quien estoy autorizado a hacer esta solicitud.

Nombre impreso del padre o tutor *

Relación con el paciente *

Firma del padre o tutor *

Fecha de firma *



Community Organized
Relief Effort

Autorización de HIPAA para la divulgación de registros de vacunación COVID-19

Por la presente autorizo voluntariamente la divulgación de mis registros de vacunación COVID-19, incluido el estado de vacunación, proporcionado por CORE Community Organized Relief Effort ("CORE") a través de Curogram Inc. ("Curogram"), a:

- Mi, por correo electrónico, aunque el correo electrónico no es un medio de comunicación completamente seguro.
- Mi, a través de SMS, aunque SMS no es un medio de comunicación completamente seguro.
- CORE
- Curogram

También entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

El propósito por el cual mis registros de vacunación contra COVID-19 se divulgarán a las partes anteriores son actividades y propósitos de salud pública.

Puedo negarme a proporcionar esta autorización.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito enviado por correo electrónico a Curogram en records@curogram.com, excepto en cuanto a que se hayan tomado medidas en dependencia de esta autorización.

Si esta autorización no ha sido revocada, terminará en 1 año a partir de la fecha de vigencia a continuación.

Tengo derecho a solicitar y recibir una copia de esta autorización.

El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no pueden estar condicionados a la obtención de esta autorización si dicho condicionamiento está prohibido por la Regla de privacidad de HIPAA.

Cualquier información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a que el destinatario vuelva a divulgarla, y cualquier nueva divulgación puede no estar sujeta a HIPAA.

Firma del padre o tutor *

Fecha de firma *