

“CONSENTIMIENTO Y FORMA DE LIBERACION DE LA VACUNA DEL COVID-19”

Por la presente, doy mi consentimiento para permitir a CUROGRAM Inc. administrar la vacuna del COVID-19 a mi o al menor del que soy tutor legal, por la presente libero, indemnizo y eximo a Curogram y CORE Community Organized Relief Effort (“CORE”), a sus agentes, funcionarios, directores, cesionarios, contratistas, sucesores y personal de cualquier responsabilidad que pudiera derivar de sus actos y emisiones. Entiendo que puedan hacer preguntas sobre mi vacunación o cuidado, o rechazar el tratamiento en este momento, y que estoy procediendo voluntariamente.

Signatura

Fecha

Nombre impreso
(corresponde)

Relación con la paciente (si

Autorización de HIPPA para divulgación de información de registros de vacunación del COVID-19.

- Por la presente, voluntariamente autorizo la divulgación de mis registros de vacunación, incluyendo mi estado de vacunación, proporcionado por CORE Community Organized Relief Effort (“CORE”) a través de Curogram Inc. (“Curogram”), a:

-Mi persona, vía correo electrónico, aunque el correo electrónico no sea una forma completamente segura.

-Mi persona, vía mensaje de texto, aunque por mensaje de texto no sea una forma completamente segura.

-CORE.

-CUROGRAM

Entiendo y acepto las siguientes:

El propósito por el que mis registros de vacunación van a ser divulgados a las siguientes partes es para actividades y propósitos de Salud Pública.

Puedo negarme a proporcionar esta autorización.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo un correo electrónico a Curogram al siguiente correo electrónico records@curogram.com, exceptuando las medidas que se han tomado en base a esta autorización.

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

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

Tratamiento, pago, inscripción, o 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 HIPPA.

Cualquier información divulgada conforme a esta autorización pueda estar sujeta a que el destinatario vuelva a divulgarla, y cualquier nueva divulgación puede no estar sujeta a la HIPPA.

Signatura

Fecha

Nombre impreso
corresponde)

Relación con la paciente (si

Yo (nombre de la persona recibiendo la vacuna):

- He recibido, leído, y entiendo los materiales recibidos detallando la autorización de emergencia y /o la información sobre la vacuna recibida de CORE el día de hoy.
- He recibido y firmado la autorización de Curogram relacionada con HIPAA autorizando compartir los records de la vacuna de COVID-19 incluyendo mi estatus de vacunación.
- He tenido la oportunidad de discutir dudas o preocupaciones sobre problemas médicos con mi doctor o con el personal clínico en el momento de recibir la vacuna y he recibido respuestas a mis preocupaciones o dudas.
- Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y asumo responsabilidad total por cualquier reacción que pueda tener
- Entiendo que debo quedarme en la el área de administración de la vacuna por lo menos por 15 minutos después de la vacuna para ser monitoreado(a) por cualquier reacción negativa a la vacuna.
- Entiendo que si he tenido una reacción alérgica anafiláctica en el pasado, debo quedarme en el área por 30 minutos después de la vacuna para ser monitoreado(a) por cualquier reacción adversa
- Entiendo que si tengo efectos secundarios o una reacción a la vacuna, debo:
 - Contactar a mi doctor
 - Llamar al 911

POR FAVOR HAGA PREGUNTAS ANTES DE RECIBIR SU VACUNA SI LAS TIENE

Entiendo los riesgos y pido recibir la vacuna personalmente o que se la den a la persona cuyo nombre está incluido en este documento y para quien tengo autorización de llenar este formulario.

Signatura

Fecha

Nombre impreso
corresponde)

Relación con la paciente (si