



COVID-19 VACCINE CONSENT

(Spanish)

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA CONTRA COVID-19

Por la presente reconozco y acepto lo siguiente:

- Se me ha entregado una copia de la “Hoja informativa para las personas que reciben la vacuna y cuidadores” (“Fact Sheet for Recipients and Caregivers” en inglés) respecto a la autorización para el uso de emergencia de la vacuna contra COVID-19, que estoy a punto de recibir.

Enlace a la hoja informativa:

[Moderna](#)

[Pfizer](#)

[Johnson & Johnson](#)

- He leído la hoja informativa y he tenido oportunidad de hacer preguntas antes de dar mi consentimiento.

Por la presente doy mi consentimiento voluntario para la administración de la vacuna contra la COVID-19. Entiendo que esta vacuna se administrará como una sola dosis o como una serie de dos dosis. Entiendo que la vacuna puede ser administrada por empleados de St. Luke's, contratistas independientes o trabajadores de la salud que sean profesionales independientes y no empleados o agentes de St. Luke's. Acepto que St. Luke's facture a mi seguro y/o cualquier programa gubernamental para el que yo sea elegible por cualquier cargo asociado con este servicio.

Recipient's Name (please print)

Date of Birth

Recipient's/Recipient's Representative Signature

Date

1. El paciente no puede firmar porque: El paciente es un menor El paciente está incapacitado Otro

2. Relación con el paciente: Padre Guardián legal Esposa Delegado, POA, etc. en el archivo Otro