



**CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19**

El Condado de Santa Clara está ofreciendo la vacunación contra el COVID-19 a las personas que cumplen con los criterios del Estado de California para la vacunación. La vacunación es gratuita y no se requiere un seguro médico. Sin embargo, si usted tiene un seguro médico que cubre este servicio, su seguro puede ser facturado.

**CONSENTIMIENTO**

Se me ha proporcionado y he leído o se me ha explicado la Hoja Informativa de Autorización de Uso de Emergencia para la vacuna contra el COVID-19 que estoy recibiendo (o si es el representante legal, la persona a la que represento está recibiendo). He tenido la oportunidad de hacer preguntas, que han sido respondidas a mi satisfacción. Entiendo los riesgos y beneficios de recibir la vacuna contra el COVID-19 y solicito que se me administre la vacuna a mí / a la persona de la que soy representante legal. Entiendo que mi vacuna será ingresada en el Registro de Inmunización de California (CAIR) local, lo que permitirá la atención coordinada entre mis proveedores de atención médica.

**CESIÓN DE SEGURO / BENEFICIOS MÉDICOS**

Cedo y transfiero irrevocablemente al Condado todos los derechos, beneficios y cualquier otro interés en relación con cualquier plan de seguro, plan de beneficios de salud u otra fuente de pago por mi atención. Esta cesión incluye asignar y autorizar el pago directo al Condado de todos los beneficios del seguro y de plan de salud pagaderos por este servicio ambulatorio, a una tarifa que no exceda los cargos enumerados en los patrones de descripción de cargos. Estoy de acuerdo en que el pago del asegurador o del plan de salud al Condado de acuerdo con esta autorización, liberará sus obligaciones en la medida de dicho pago. Estoy de acuerdo en cooperar con el Condado y tomar todas los pasos razonablemente solicitados por el Condado para perfeccionar, confirmar o validar esta cesión.

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Por la presente reconozco haber recibido el *Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP)* del Sistema de Salud del Condado de Santa Clara (CSCHS). Nuestro NPP le brinda información sobre cómo podemos usar y divulgar su información médica o información protegida de salud (PHI). Nuestro NPP está sujeto a cambios. Si cambiamos nuestro aviso, publicaremos la versión revisada en nuestras instalaciones y en nuestro sitio web aquí: <https://www.scvmc.org/patients-and-visitors/services/Documents/ST-2500-2%20Patients%27%20Notice%20of%20Privacy%20Practices.pdf>

**RECONOCIMIENTO ACERCA DE LA SEGUNDA DOSIS DE LA VACUNA PFIZER Y MODERNA**

Estoy de acuerdo que si recibo la vacuna de Pfizer o Moderna tendré que programar una segunda dosis de la vacuna. Doy mi consentimiento para recibir mensajes de correo electrónico o de texto con recordatorios sobre mi cita para la vacuna contra el COVID-19 si aún no he recibido mi segunda dosis de vacuna. Entiendo que dichos mensajes no se enviarán de forma segura.

Certifico que soy el paciente, el representante legal del paciente o que de otro modo el paciente me ha autorizado para firmar lo anterior y aceptar sus términos en su nombre.

Firma (*paciente o representante legal*): \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del padre o tutor en letras de molde (si corresponde): \_\_\_\_\_

Si no es el paciente, indique su relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**Hoja Informativa de Moderna EUA**  
(Copia en papel disponible si se solicita)



**Hoja Informativa de Pfizer EUA**  
(Copia en papel disponible si se solicita)



**Hoja Informativa Johnson & Johnson EUA**  
(Copia en papel disponible si se solicita)

