FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE VACUNACIÓN COVID-19

La Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) ha emitido una autorización de uso de emergencia (EUA) para una vacuna para prevenir COVID-19. Una autorización de uso de emergencia no es lo mismo que la aprobación total de la vacuna por parte de la FDA, y que actualmente no hay suficiente evidencia científica disponible para que la FDA apruebe esta o cualquier otra vacuna COVID-19..

Como todos los medicamentos, ninguna vacuna es completamente efectiva y el cuerpo necesita algunas semanas después de la vacuna para generar protección. Algunas personas aún pueden contraer COVID-19 a pesar de recibir una vacuna, pero esta vacuna puede disminuir la gravedad de cualquier infección..

La vacuna no puede administrar COVID-19 a una persona y recibir la vacuna completa y las dosis recomendadas reducirán la posibilidad de que una persona se enferme gravemente o muera. Una persona vacunada deberá seguir las pautas de los CDC para reducir la transmisión del COVID-19, como lavarse las manos con frecuencia, mantener la distancia social y usar una mascarilla cuando sea necesario. Como todos los medicamentos, las vacunas pueden provocar efectos secundarios. La mayoría de estos son leves y de corta duración, y no todos los experimentarán.

- Me han informado que corro el riesgo de adquirir COVID-19 debido a la naturaleza de mis responsabilidades profesionales o las responsabilidades profesionales de mis compañeros de trabajo..

- Entiendo que el consentimiento para esta vacuna es voluntario. Tengo la opción de aceptar o rechazar la administración de la vacuna COVID-19.

- He recibido y leído la información sobre la vacuna COVID-19 que se me proporcionó, que enumera las indicaciones, los beneficios, los efectos secundarios conocidos actualmente y las posibles reacciones adversas de la vacuna COVID-19. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y obtener una respuesta satisfactoria.

- Entiendo y acepto cumplir con cualquier recomendación de dosis de seguimiento adicional y el momento de las recomendaciones de dosis de seguimiento de la vacuna COVID-19.

- Entiendo que, al igual que con todas las vacunas, no hay garantía de que me volveré inmune a COVID-19 o que no experimentaré un efecto secundario o reacción adversa a la vacuna COVID-19.

- Entiendo que hay una falta de datos a largo plazo sobre los efectos en la salud de la vacuna COVID-19, y comprendo que puede haber ciertos riesgos al recibir la vacuna COVID-19.

- Entiendo que la FDA ha autorizado el uso de la vacuna COVID-19 bajo una Autorización de uso de emergencia (EUA) y que, no obstante, solicito y doy mi consentimiento para que se me administre la vacuna.

- También entiendo que al recibir la vacuna, recibir la vacuna COVID-19 tiene muchos beneficios, tanto para mí como para mi familia, mis amigos, mis compañeros de trabajo

- Al firmar, libera a la ciudad de Seguin de toda responsabilidad relacionada con las lesiones que puedan ocurrir durante la administración de la vacuna.

- Estoy de acuerdo en mantener a la Ciudad de Seguin completamente libre de cualquier responsabilidad, incluida cualquier responsabilidad financiera por lesiones o complicaciones que puedan surgir de la administración de la vacuna.

- Al firmar a continuación, entiendo todos estos términos y pierdo todo derecho a entablar una demanda contra la Ciudad de Seguin o cualquiera de sus empleados por cualquier motivo.

En pleno conocimiento de los riesgos que pueden estar involucrados en recibir la vacuna COVID-19, doy mi consentimiento para recibir la vacuna COVID-19

_____ _____

Firma Fecha

_____

Nombre impreso