

Divulgación de registros:

Entiendo que los Servicios de salud regionales del condado de Howard y sus afiliados pueden estar obligados a divulgar voluntariamente mi información médica al médico responsable de este protocolo de información médica específica de las personas vacunadas por RSHHC y sus afiliados, mi médico de atención primaria (si tengo uno), mi plan de seguro, sistemas de salud y hospitales, y / o registros estatales / federales, para fines de tratamiento, pago u otras operaciones de atención médica.

Consentimiento:

Me proporcionaron la hoja informativa para los beneficiarios de la vacuna COVID-19 que estoy recibiendo. He leído y / o me han explicado la información proporcionada sobre la vacuna en la Autorización de Uso de Emergencia (EUA) o en la Declaración de Información sobre la Vacuna. Tuve la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna COVID-19 y solicito voluntariamente que me administren la vacuna a mí oa la persona nombrada anteriormente para quien estoy autorizado a realizar esta solicitud. Acepto la responsabilidad de buscar atención médica por cualquier problema que resulte en esta vacuna.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Firma del Guardian o Representante del Paciente: _____

Relación con el paciente (si es aplicable): _____

Fecha: _____

Identificación verificada por registro

For office use only

COVID-19 Vaccine Administration

COVID-19 Vaccine

COVID-19 Vaccine EUA Fact Sheet for Recipients provided.

Vaccine Manufacturer & Lot Number Information

R Deltoid

L Deltoid

(circle vaccine name, write lot number, indicate which arm)

Moderna ___ Full Dose

Pfizer _____ Adult Dose 30mcg/0.3mL

Janssen
(J&J)

___ Half Dose

_____ Pediatric Dose 10mcg/0.2mL

Lot Number: _____ Date: _____

Administered by: _____