

# Choptank Community Health CONSENT for COVID Vaccine



## Consentimiento para la (s) vacuna (s) COVID

Debe firmar para que usted o su familia sean vacunados.

Pfizer (vacunación de dos dosis)

Al firmar este formulario, doy permiso para que yo y mi familia / hijo seamos vacunados por un proveedor de Choptank Community Health Systems, y también para que se ingrese la vacunación en ImmuNet, el registro de inmunizaciones de Maryland.

Además, estoy de acuerdo en que:

- (1) La información proporcionada durante el registro es correcta.
- (2) He leído la hoja de datos de EUA proporcionada.
- (3) Entiendo los riesgos y beneficios de recibir la (s) vacuna (s) y dar mi consentimiento para que yo y / o mi familia / niño sean vacunados.

Nombre del paciente / niño: \_\_\_\_\_

Firma del paciente / niño: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre de Familia / Guardian: \_\_\_\_\_

Firma del Padre / Guardian: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

# Registro de Vacunación COVID



## \*Información Requerida

**\*Nombre:** \_\_\_\_\_ **\*Apellido(s):** \_\_\_\_\_

**\*Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_

**\*Género (circule uno):**                      **FEMENINO**                      **MASCULINO**

**\*Dirección**

**Calle y Numero** \_\_\_\_\_

**Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_\_ **Código Zip** \_\_\_\_\_

**\*Número de Teléfono** \_\_\_\_\_

**Nombre de la Madre** \_\_\_\_\_ **Nombre de Soltera de la Madre** \_\_\_\_\_