



## Consentimiento para Servicio

Mi firma a continuación indica que doy mi consentimiento para servicios que solicito a Board of Regents of the University of Oklahoma (“University”) y OU Medicine, Inc. (“OUMI”) (conocido como “OU Health”) y sus entidades/contratistas y que:

- Soy mayor de edad y estoy ejecutado para autorizar esta forma de consentimiento.
- Elijo voluntariamente de recibir la vacuna y doy consentimiento que sea administrada para mi o la persona nombrada en este documento, para quien autorizo de dar consentimiento y hacer declaraciones en este documento.
- Leí o me han leído la Autorización o Uso de Emergencia/Emergency Use Authorization (“EUA”) o Hoja de Datos para Recipientes y Cuidadores proveídos para que la(s) vacuna(s) sean administradas.
- Tuve la oportunidad de hacer preguntas, y cualquier pregunta a sido respondidas a mi satisfacción.
- Avisare al proveedor antes de mi vacuna de cualquiera condición medicas que puedan afectar negativamente mi salud o eficacia de la vacuna.
- Entiendo los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s).
- Entiendo que mi información de la vacuna será registrada en el Sistema de Inmunización del Estado de Oklahoma/Oklahoma State Immunization Information System (OSIIS).
- Autorizo la divulgación de toda información necesaria (incluyendo, pero no limitada a registros médicos, copias de reclamaciones y facturas) para verificar pago y según sea necesario para otros fines de salud publica, incluido el informe a registros de vacunas correspondientes.
- Entiendo que debo permanecer en el área de la vacuna durante 15 minutos después de recibir la vacuna para observar cualquier reacción adversa potencial o durante 30 minutos si tengo algún historial de reacción alérgica graveo anafilaxia.
- Entiendo que la vacuna no es obligatoria y puedo rechazar este servicio.
- Asumo voluntariamente todos los riesgos y asumo la responsabilidad total por cualquier reacción que pueda resultar y por la presente renuncio en mi nombre y/o el destinatario si es diferente, a todas y cada una de las reclamaciones por daños que surjan de esta vacuna o estén relacionados con- ella/el/el (o cualquier persona que reclame en mi/su nombre) puede tener contra la Universidad o OUMI, incluyendo per no limitado a otros, todos los representantes de cada (por ejemplo y no de limitación a) empleados, estudiantes, regentes, directores, funcionarios, y otros proveedores de atención medica de cualquier designación.
- Reconozco y entiendo que la provisión de una vacuna, que incluye la dosis 1 y 2, y cualquier tratamiento posterior que pueda ser necesario para tratar una reacción no constituye una relación de tratamiento necesario para tratar una reacción y no constituye una relación de medico-paciente legal con ningún proveedor, ni una relación de tratamiento con OUP/Clínicas OUH o el sistema hospitalario. Por el contrario, cualquier respuesta a una reacción inmediata se dará en base a los estatutos y Ordenes Ejecutivas aplicables que otorgan inmunidad al respondedor. Entiendo que la relación con el paciente, si existe solo se establece en base a un deber asumido antes y/o además de la provisión de esta vacuna, y es independiente de estas interacciones.

### DIVULGACION DE REGISTROS:

Entiendo que se mantendrá un registro de mis vacunas y que la Universidad o la OUMI pueden ser requeridas o pueden divulgar atención medica, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, centro medico, mi plan de seguro, y/o registros estatales o federales, para fines de tratamiento, pago u otras operaciones de atención medica. También entiendo que mi información medica puede ser utilizada y divulgada como se establece en el Aviso de practicas de privacidad mantenido por cada entidad y las copias están disponibles de la siguiente manera:

University: <https://apps.ouhsc.edu/hipaa/hpp.asp> o contacta OU Office of compliance - (405) 271-2511; Anónimos OU Compliance Hotline - (405) 271-2223 / (866) 836-3150. OUMI: <https://www.ouhealth.com/ou-health-patients-families/notice-of-privacy-practices/> o contacta Amber Simpson, Facility Privacy Official - (405) 271-5920; email - [privacy@oumedicine.com](mailto:privacy@oumedicine.com).

FIRMA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_