

Por favor lea e ponga sus iniciales en cada artículo a continuación:

_____ **Consentimiento para Tratamiento**

He recibido una copia y he leído, o me han explicado, la información contenida en la Declaración de Información de Vacuna(s) que he pedido o han sido recomendadas a mí, los riesgos, y acerca de la(s) enfermedad(es) que la(s) vacuna(s) protegé contra. Entiendo los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s) y solicito que la(s) vacuna(s) indicadas en la Declaración de Información de Vacuna(s) indicado arriba sea dada a mí o a la persona para quien yo estoy autorizado para realizar esta solicitud. Certifico que estas declaraciones son ciertas y correctas.

_____ **Derechos de Privacidad**

He sido provisto y he tenido la oportunidad de leer el Aviso de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud del Condado de Salt Lake. Además, cualquier duda que tenía respecto a la póliza me han sido explicadas por el personal del Departamento de Salud. Además, entiendo que puedo pedir una copia de estas prácticas en un formato alternativo razonable. Estoy de acuerdo que esta información puede ser compartida con proveedores de salud, personal de salud, personal de salud pública y otros profesionales de salud que tienen una necesidad legítima para acceder la información de vacunación para: verificar estatus de inmunización; auditorías; llevar a cabo estudios de salud pública; y ayudar a un paciente o para proteger la salud de individuos estrechamente relacionados con el paciente. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento notificándolo por escrito al Departamento de Salud del Condado de Salt Lake. Esta versión de información será efectiva hasta que se cancele por escrito. Entiendo que una vez que mis datos se compratan con otra persona o agencia, puede perder las protecciones previstas por la regla de privacidad de HIPAA, y puede volver a ser revelada por el receptor.

Indique relación con la persona recibiendo el servicios:

- El(la) Mismo(a) Padre/Madre Hermano(a) Abuelo(a)
 Guardián Otro: _____

Si menor de 18 años de edad:

Soy un:

- Menor embarazada Menor Casado(a) Adolescente sin hogar

Al firmar, usted indica que ha leído, entiende y esta de acuerdo con estos términos; que ha recibido una copia de este document; y que usted es el paciente, garante del paciente, el representante legal del paciente, o legalmente autorizado para firmar este acuerdo y aceptar estos términos.

Nombre del Paciente (por favor imprima): _____

Su Nombre (por favor imprima): _____

Firma: _____ Fecha: _____