



CONSENTIMIENTO Y EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

El o la suscribiente _____, declara y hace constar que ha aceptado someterse libre y voluntariamente a ser vacunado (a) en contra del coronavirus (COVID 19) mediante la correspondiente vacuna autorizada por las autoridades federales competentes.

Soy consciente de que, conforme a Informes de la FDA la aplicación de esta vacuna puede causar efectos secundarios en algunas personas, como dolor en el lugar de la inyección, fatiga, dolor de cabeza, dolor muscular, escalofríos, dolor en las articulaciones y fiebre. Asimismo, reconozco que dicha vacuna puede causar otros efectos y complicaciones de salud.

Por tal razón, plenamente consciente de lo anterior y de manera igualmente libre y voluntaria, exonero de toda responsabilidad civil y patronal mediante el presente documento al Centro de Vacunación Vacunín, por cualquier reacción adversa o complicación de salud resultante de la vacuna que se me habrá de aplicar.

Y para que así conste, suscribo el presente Consentimiento y Exoneración de Responsabilidad, en Puerto Rico, a _____ de _____ de _____ .

PACIENTE- DECLARANTE