

COVID-19

VACUNACIÓN



Consentimiento y exención para la vacuna contra la COVID-19

Mediante el presente documento, **otorgo mi consentimiento para permitir que Fulton County Board of Health administre una vacuna contra el COVID-19** a mí o al menor de edad de quien soy tutor/a legal, y mediante el presente documento eximo, mantengo indemne y libero a **Fulton County Board of Health** y a **Atlanta Falcons Stadium Company, LLC**, sus agentes, funcionarios, directores, cesionarios, contratistas, sucesores y personal de cualquier responsabilidad que pueda surgir de sus actos y omisiones.

Comprendo que puedo hacer preguntas acerca de la vacuna o mi atención, o rechazar un tratamiento en este momento, y que procedo en forma voluntaria.

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

Firma del Paciente: _____

Firma del padre, la madre o el tutor si el paciente es menor de 18 años: _____