



CONSENTIMIENTO Y EXENCION PARA LA VACUNA CONTRA LA CONVID-19

DEPARTAMENTO DE TECNOLOGIA DELA INFORMACION
10 Park Place, SE
Atlanta, Georgia 30303
404-613-1205

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 untratamiento 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 anos: _____