

CONSENTIMIENTO PARA VACUNACIÓN CONTRA EL COVID19

01. ESTUDIANTE.

APELLIDOS _____ NOMBRE _____

PAÍS DE RESIDENCIA _____

FECHA DE NACIMIENTO(MES, DÍA, AÑO) _____

Los padres naturales/tutores legales del estudiante arriba mencionado, por la presente autorizan a nuestro hijo a recibir la vacuna COVID-19 y cualquier vacuna de refuerzo en los Estados Unidos, si está disponible, mientras participa en el Programa de Bachillerato de ExchangeMate.

02.RENUNCIA A LA RESPONSABILIDAD.

Entendemos que actualmente, Pfizer es el único producto de la vacuna COVID-19 que ha sido totalmente aprobado por la FDA. Esta aprobación y licencia de la FDA es para uso en individuos de 5 años de edad y mayores solamente. Entendemos que este producto (aparte de Pfizer para su uso sólo en las edades mencionadas anteriormente) no ha sido aprobado o licenciado por la FDA, pero ha sido autorizado para su uso de emergencia por la FDA, en virtud de una EUA para prevenir la Enfermedad del Coronavirus 2019 (COVID-19) para su uso en individuos de 5 a 17 años de edad (sólo Pfizer) o de 18 años de edad y mayores (Pfizer, Moderna o Johnson and Johnson); y el uso de emergencia de este producto sólo se autoriza mientras dure la declaración de que existen circunstancias que justifican la autorización del uso de emergencia del producto médico en virtud de la Sección 564(b)(1) de la Ley FD&C, a menos que la declaración se termine o la autorización se revoque antes.

Entendemos que no es posible predecir todos los posibles efectos secundarios o complicaciones asociados a la recepción de la(s) vacuna(s). Comprendo los riesgos y beneficios asociados a la vacuna mencionada.

En nuestro nombre y en el de nuestro hijo, liberamos y eximimos de responsabilidad a ExchangeMate, sus funcionarios y directores, empleados, coordinadores, socios y representantes locales, escuela, agente internacional y familia anfitriona de cualquier responsabilidad o reclamación, conocida o desconocida, que surja de, en conexión con, o de cualquier manera relacionada con la administración de la vacuna COVID-19 en nuestro hijo

TUTOR 1

NOMBRE:

RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE:

FIRMA:

FECHA (MES, DÍA, AÑO):

TUTOR 2

NOMBRE:

RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE:

FIRMA:

FECHA (MES, DÍA, AÑO):