

**GALVESTON COUNTY HEALTH DISTRICT**  
*Protecting and Promoting the Optimal Health and Well-Being of Galveston County*

**Jed Webb**  
Chairperson, United Board of Health



**Philip Keiser, MD**  
Local Health Authority  
Interim Chief Executive Officer

Nombre completo del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Padre/ Tutor Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Doy mi consentimiento y acepto recibir una / s vacuna / s para COVID-19 del Distrito de Salud del Condado de Galveston (GCHD).

La vacunación será para la vacuna \_\_\_\_\_ Pfizer: DOS dosis

Se le informará cuando esté disponible la segunda dosis.

Este consentimiento es tanto para la primera dosis como para la segunda dosis de las vacunas de dos dosis.

Se me ha proporcionado información por escrito sobre la vacuna y he tenido la oportunidad para hacer preguntas y obtener respuestas a mis preguntas.

\_\_\_\_\_  
Iniciales del paciente / tutor

**AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO MÉDICO**

En caso de una situación de emergencia o que no sea de emergencia que requiera tratamiento médico durante el proceso de vacunación, yo / nosotros, los padres / tutores abajo firmantes del paciente, concedemos al Distrito de Salud del Condado de Galveston mi / nuestro consentimiento y autorización para todo tratamiento médico que se considere necesario por personal médico calificado para la atención y el tratamiento adecuados del paciente, incluidos, entre otros, la administración de primeros auxilios, el uso de una ambulancia y el traslado a un hospital.

\_\_\_\_\_  
Paciente / tutor Iniciales del paciente

**REQUERIDO PARA TODOS LOS PACIENTES**

Doy testigo de que la información que he proporcionado en este formulario es precisa y correcta a mi leal saber y entender. Por la presente doy mi consentimiento informado para la vacunación mencionada anteriormente. El personal o los contratistas de GCHD no me han concedido ninguna garantía con respecto a la atención o los servicios que proporcionará GCHD. Certifico que se me han explicado completamente los servicios y la atención que se brindará y que mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.

\_\_\_\_\_  
Firma completa del paciente / padre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

**Privacy Notification:** With few exceptions, you have the right to request and be informed about information that the State of Texas collects about you. You are entitled to receive and review the information upon request. You also have the right to ask the state agency to correct any information that is determined to be incorrect. See <http://www.dshs.texas.gov> for more information on Privacy Notification. (Reference: Government Code, Section 552.021, 552.023, 559.003, and 559.004)