



## FORMULARIO DE ACEPTACIÓN / DECLINACIÓN DE LA VACUNA COVID-19

### A. Acuse de recibo de información y comprensión del riesgo (OBLIGATORIO)

ENTIENDO que estoy en riesgo de contraer la infección por COVID-19. Entiendo que hay una vacuna autorizada para uso de emergencia disponible para proteger contra COVID-19. Se me ha proporcionado información sobre los riesgos y beneficios de la vacuna COVID-19 y se me ha dado la oportunidad de vacunarme con la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 sin costo alguno para mí.

### B. Complete la sección correspondiente a continuación para aceptar o rechazar la vacuna: ELIJA UNA (OBLIGATORIA)D

ACEPTO la vacuna COVID-19

RECHAZO la vacuna COVID-19 en este momento. Entiendo que al rechazar la vacuna, sigo en riesgo de adquirir COVID-19, una enfermedad grave que puede provocar la muerte. Si, en el futuro, quiero vacunarme, puedo recibir la vacuna..

---

Nombre (Escrito)

Fecha

---

Título

Lugar de trabajo

---

Firma

Fecha

---

Pariente o Guardian (Escrito)

Relacion al estudiante

---

Pariente or Guardian (Firma)

Fecha