

HOJA DE INDEMNIZACION Y PERMISO

1. En consideración por recibir la oportunidad de participar en la Vacunación o Pruebas COVID-19 (en adelante "Vacunación/Pruebas"), que es proporcionada por la empresa HR Support, Inc. (en conjunto, en adelante "Empresa"),
2. Yo, _____ (en este documento "Participante") por la presente libero, renuncio, descargo, pacto de no demandar, un (nombre y apellido de uno mismo si es mayor de 18 años / padre o tutor legal si es menor de 18 años) acuerda eximir de responsabilidad para cualquier propósito a la Compañía y su personal de atención médica, miembros, accionistas, funcionarios, servidores, agentes, voluntarios o empleados de todas y cada una de las responsabilidades, reclamaciones, demandas, lesiones o daños, incluidos los costos judiciales y los honorarios de abogados y gastos que pueda soportar mientras participe en la vacunación/pruebas, mientras viaja hacia y desde la vacunación/pruebas, o mientras se encuentra en las instalaciones de propiedad o arrendadas por el propietario del sitio de vacunación/pruebas.
3. También soy plenamente consciente de que la Compañía no está brindando atención médica ni brinda un diagnóstico médico basado en los resultados indicados por la vacunación/pruebas y que **debo consultar a mi médico o acudir a una sala de emergencias si tengo algún síntoma grave y / o para obtener asesoramiento médico.** en cuanto a los resultados de la vacunación/pruebas. La vacunación no excluye la posibilidad de que yo tenga COVID-19 o que pueda desarrollarlo en el futuro, y sé que debo realizarme más pruebas si desarrollo algún síntoma o entro en contacto con alguien que pueda tener COVID-19. Elijo participar voluntariamente en la vacunación/pruebas con pleno conocimiento de estos hechos. No conozco ninguna razón médica por la que no deba participar.
4. En la medida necesaria para completar la Vacunación y para permitir que la Compañía proporcione información relacionada con la Vacunación/Pruebas a las autoridades gubernamentales apropiadas o entidades sin fines de lucro que estén estudiando COVID-19, por la presente renuncio a mis derechos con respecto a la información médica protegida bajo HIPAA. La Compañía no reutilizará ni divulgará la información médica protegida a ninguna persona o entidad que no sea la anterior, excepto según lo exija la ley.
5. FIRMA VOLUNTARIA. Al firmar este acuerdo, reconozco y declaro que lo he leído, lo entiendo y lo firmo voluntariamente como mi propio acto y escritura libre; La Compañía no ha hecho y no me he basado en ninguna representación oral, declaración o incentivo una parte de los términos contenidos en este acuerdo.

Proporcione la siguiente información para la persona que se va a vacunar o pruebas.

Primer nombre: _____ Apellido: _____ Sexo: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Raza/Etnia: (un círculo) Indio americano o Nativo de Alaska / Asiático/Negro o afroamericano / Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico / Blanco / Desconocido / Otro

Dirección residencial: _____

Email: _____ Número Celular: _____

Cada persona que se registre deberá utilizar su propio correo electrónico y número de teléfono móvil para recibir resultados automatizados. Al proporcionar su dirección de correo electrónico y número de teléfono móvil, acepta recibir mensajes en el número proporcionado.

¿Tiene alguno de los siguientes síntomas? Por favor marque todos los que apliquen:

Tos _____ Escalofríos _____ Dolor de cabeza _____ Diarrea _____ Falta de aliento o dificultad para respirar _____ Sacudidas repetidas con escalofríos _____

Dolor de garganta _____ Vómitos _____ Fiebre _____ Dolor muscular _____ Nueva pérdida del gusto u olfato _____ N / A _____

¿Ha estado en contacto cercano con alguien que dio positivo por COVID-19 en las últimas dos semanas? Si _____ No _____

¿Le han hecho pruebas de COVID-19 antes? Si _____ No _____

SEGURO: (círcule uno) Comercial / Seguro de enfermedad / Seguro médico del estado / Médico / Otro / Ninguno

Nombre de la compañía de seguros: _____

Número de póliza o miembro: _____ ID de grupo: (si corresponde) _____

Traiga una copia de su **identificación con foto de la escuela**

Traiga una copia de su **tarjeta de seguro** o, firmando a continuación, "Doy fe de que no tengo seguro"

Firma: _____

Fecha: _____

Firma del padre / tutor legal: _____ Fecha: _____

INDEMNIFICATION AND PERMISSION SHEET

1. In consideration for receiving the opportunity to participate in COVID-19 Vaccination and Testing (hereinafter "Vaccination/Testing"), which is provided by the company HR Support, Inc. (together, hereinafter "Company"),
2. I, _____ (herein "Participant") hereby release, waive, discharge, covenant not to sue, and (First and last name of self if over 18/parent or legal guardian if under 18) agree to hold harmless for any and all purposes Company and their healthcare staff, members, shareholders, officers, servants, agents, volunteers, or employees from any and all liabilities, claims, demands, injuries, or damages, including court costs and attorney's fees and expenses, that may be sustained by me while participating in Vaccination/Testing while traveling to and from Vaccination/Testing, or while on the premises owned or leased by the property owner of the vaccination site.
3. I am also fully aware that Company is not providing medical care or giving a medical diagnosis based on the results indicated from Vaccination/Testing and that **I should consult my doctor or go to an emergency room if I have any serious symptoms and/or to obtain medical advice as to the results of the Vaccination/Testing.** The Vaccination/Testing does not preclude the possibility that I have COVID-19 or that I may develop it in the future, and I am aware I should obtain further testing if I develop any symptoms or come in contact with anyone who may have COVID-19. I choose to voluntarily participate in Vaccination with full knowledge of these facts. I know of no medical reason why I should not participate.
4. To the extent necessary to complete the Vaccination/Testing and to allow Company to provide information related to the Vaccination to appropriate government authorities or non-profit entities who are studying COVID-19, I hereby waive my rights regarding protected health information under HIPAA. Protected health information will not be reused or disclosed by Company to any person or entity other than above, except as required by law.
5. VOLUNTARY SIGNATURE. In signing this agreement I acknowledge and represent that I have read it, understand it, and sign it voluntarily as my own free act or deed; Company has not made and I have not relied on any oral representations, statements, or inducements a part from the terms contained in this agreement.

Please provide the following information for the individual being vaccinated/tested:

First Name: _____ Last Name: _____ Sex: _____ Date of Birth: _____

Race/Ethnicity: (circle one) American Indian or Alaska Native / Asian / Black or African American / Native Hawaiian or Pacific Islander / White / Unknown / Other

Residential Address: _____

Email: _____ Mobile Number: _____

Each person who registers will need to use their own unique email and mobile number in order to receive automated results. By providing your email address and mobile number you consent to receiving messages to the number provided.

Do you have any of the following symptoms? Please check all that apply:

Cough _____ Chills _____ Headache _____ Diarrhea _____ Shortness of breath or difficulty breathing _____ Repeated shaking with chills _____

Sore throat _____ Vomiting _____ Fever _____ Muscle pain _____ New loss of taste or smell _____ N / A _____

Have you been in close contact with someone who tested positive for COVID-19 in the last two weeks? Yes _____ No _____

Have you been tested for COVID-19 before? Yes _____ No _____

INSURANCE: (circle one) Commercial / Medicaid / Medicare / MediCal / Other / None

Name of Insurance Carrier: _____

Policy or Member Number: _____ Group Number: (if applicable) _____

Policy Holder's Name: _____ Relationship to policy holder: (circle one) Self / Spouse / Minor

*Bring a copy of your **School Photo ID***

*Bring a copy of your **Insurance Card** or by signing below, "I attest that I do not have insurance"*

Signature: _____

Date: _____

Signature of Parent/Legal Guardian: _____ Date: _____