

**Constancia de vacunación contra el COVID-19**

Me encuentro en \_\_\_\_\_ para recibir servicios de rehabilitación a corto plazo. He brindado mi consentimiento para recibir la primera dosis de la vacuna de dos dosis para la prevención del virus del COVID-19. Se me proporcionó la información correspondiente acerca de los riesgos asociados con la vacuna, he firmado un formulario de consentimiento y he recibido la vacuna el \_\_\_\_\_. Recibí un documento sobre la vacuna que contiene información relacionada con la fecha y la vacuna específica que se me aplicó.

Comprendo que es mi responsabilidad comunicarme con mi tienda CVS o Walgreens local para programar la segunda dosis de la vacuna dentro de las tres o cuatro semanas de haber recibido la primera dosis.

**Comprendo que, si tengo alguna pregunta acerca de cómo programar la segunda dosis de la vacuna contra el COVID-19 o dónde recibir la segunda dosis de la vacuna contra el COVID-19, puedo llamar a \_\_\_\_\_.**

Firma del residente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Esta obra se encuentra bajo la Licencia Internacional 4.0 de Creative Commons Attribution-NoDerivatives. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>.

*Esta política y procedimiento no tiene la finalidad de reemplazar el criterio informado de médicos, enfermeros u otros profesionales médicos individuales, ni tiene la finalidad de ser una declaración de estándares comunitarios predominantes o estándares de práctica mínimos. Es un método y una técnica sugeridos para lograr una atención médica óptima, y no un estándar mínimo por debajo del cual los residentes serían necesariamente colocados en riesgo.*