

**COVID-19 Non-Mandatory Vaccine  
Policy & Procedure**

**Policy**

It is the policy that all persons with a student, volunteer or employment arrangement with this Center will take necessary precautions and adhere to guidelines established through this policy. The full intent of this policy is to remain in effect for the duration of the COVID-19 public health emergency (PHE) as declared by federal, state, and local health departments, as well as the guidelines set forth by the same health departments.

**Background**

- The COVID-19 vaccine may prevent and/or lessen the symptoms of the coronavirus.
- The coronavirus is a contagious disease that has spread around the United States and world resulting in a world wide pandemic.
- Millions of people have contracted this disease resulting in lengthy hospitalizations and in many cases, loss of life.
- The Federal Drug Administration (FDA) has issued an Emergency Use Authorization approval of one or more COVID-19 vaccine(s) to combat this virus.
- Coronavirus is more dangerous for some people with pre-existing conditions and the elderly.
- The first doses of COVID-19 vaccine are being made available to healthcare workers, certain acute care patients, and residents of nursing homes and other long-term care facilities.

**Procedure**

- It is not mandated that employees or residents of the Center receive a COVID-19 vaccine.
- All employees will be required to wear personal protection equipment (PPE) as a source control measure when in the Center for the duration of the COVID-19 PHE as defined by federal, state, and local health departments.
- An educational program will be available to all employees which includes information about the vaccine, non-vaccine control and prevention measures, disease, transmission and impact of COVID-19, the risk to residents, and resident exposure by direct care staff.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NoDerivatives 4.0 International License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>

*This policy and procedure is not intended to replace the informed judgment of individual physicians, nurses or other clinicians nor is it intended as a statement of prevailing community standards or minimum standards of practice. It is a suggested method and technique for achieving optimal health care, not a minimum standard below which residents necessarily would be placed at risk.*

**COVID-19 Non-Mandatory Vaccine  
Policy & Procedure**

I have read, understand and agree to adhere to the requirements outlined in this policy and procedure.

Administrator Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Medical Director Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Review Dates: \_\_\_\_\_

This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NoDerivatives 4.0 International License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>

*This policy and procedure is not intended to replace the informed judgment of individual physicians, nurses or other clinicians nor is it intended as a statement of prevailing community standards or minimum standards of practice. It is a suggested method and technique for achieving optimal health care, not a minimum standard below which residents necessarily would be placed at risk.*

**Staff COVID-19 Vaccination - Pfizer**

**Voluntary Administration Acknowledgement**

- I understand and acknowledge that my taking of the Pfizer COVID-19 vaccination is voluntary and not mandated by the Center.
- I understand that I should be at least 16 years old, not pregnant, and not expecting to be pregnant in the next 12 months.
- I understand and acknowledge that the COVID-19 vaccination is being provided and administered by \_\_\_\_\_.
- I understand and acknowledge that if I have any questions concerning the side effects associated with the COVID-19 vaccine that I may consult with my personal physician and / or \_\_\_\_\_ who provided and administered the vaccine to me.
- I understand and acknowledge that my continued employment at the Center does not depend on whether or not I chose to take the vaccine.
- I understand and acknowledge that receiving this vaccination administered by \_\_\_\_\_ is being done of my own free will.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Printed Name: \_\_\_\_\_

This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NoDerivatives 4.0 International License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>

*This policy and procedure is not intended to replace the informed judgment of individual physicians, nurses or other clinicians nor is it intended as a statement of prevailing community standards or minimum standards of practice. It is a suggested method and technique for achieving optimal health care, not a minimum standard below which residents necessarily would be placed at risk.*

**Vacuna contra el COVID-19 del personal - Pfizer**

**Constancia de aplicación voluntaria**

- Entiendo y reconozco que mi aplicación de la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer es voluntaria y no obligada por el Centro.
- Entiendo que para ella debo tener 16 años de edad o más, no debo estar embarazada ni tener expectativas de quedar embarazada en los próximos 12 meses.
- Entiendo y reconozco que la vacuna contra el COVID-19 es provista y aplicada por \_\_\_\_\_.
- Entiendo y reconozco que si tengo preguntas en cuanto a los efectos secundarios asociados a la vacuna contra el COVID-19 puedo consultar a mi médico personal o a \_\_\_\_\_, quien me proporcionó y administró la vacuna.
- Entiendo y reconozco que la continuación de mi empleo en el Centro no depende de si elijo o no aplicarme la vacuna.
- Entiendo y reconozco que al recibir esta vacuna administrada por \_\_\_\_\_ lo hago por voluntad propia.

Firma: \_\_\_\_\_ 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.*

**Staff COVID-19 Vaccination - Moderna**

**Voluntary Administration Acknowledgement**

- I understand and acknowledge that my taking of the Moderna COVID-19 vaccination is voluntary and not mandated by the Center.
- I understand that I should be at least 18 years old, not pregnant, and not expecting to be pregnant in the next 12 months.
- I understand and acknowledge that the COVID-19 vaccination is being provided and administered by \_\_\_\_\_.
- I understand and acknowledge that if I have any questions concerning the side effects associated with the COVID-19 vaccine that I may consult with my personal physician and / or \_\_\_\_\_ who provided and administered the vaccine to me.
- I understand and acknowledge that my continued employment at the Center does not depend on whether or not I chose to take the vaccine.
- I understand and acknowledge that receiving this vaccination administered by \_\_\_\_\_ is being done of my own free will.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Printed Name: \_\_\_\_\_

This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NoDerivatives 4.0 International License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>

*This policy and procedure is not intended to replace the informed judgment of individual physicians, nurses or other clinicians nor is it intended as a statement of prevailing community standards or minimum standards of practice. It is a suggested method and technique for achieving optimal health care, not a minimum standard below which residents necessarily would be placed at risk.*

**Vacuna contra el COVID-19 del personal - Moderna**

**Constancia de aplicación voluntaria**

- Entiendo y reconozco que mi aplicación de la vacuna contra el COVID-19 de Moderna es voluntaria y no obligada por el Centro.
- Entiendo que para ella debo tener 18 años de edad o más, no debo estar embarazada ni tener expectativas de quedar embarazada en los próximos 12 meses.
- Entiendo y reconozco que la vacuna contra el COVID-19 es provista y aplicada por \_\_\_\_\_.
- Entiendo y reconozco que si tengo preguntas en cuanto a los efectos secundarios asociados a la vacuna contra el COVID-19 puedo consultar a mi médico personal o a \_\_\_\_\_, quien me proporcionó y administró la vacuna.
- Entiendo y reconozco que la continuación de mi empleo en el Centro no depende de si elijo o no aplicarme la vacuna.
- Entiendo y reconozco que al recibir esta vacuna administrada por \_\_\_\_\_ lo hago por voluntad propia.

Firma: \_\_\_\_\_ 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.*

**Resident COVID-19 Vaccination**

**Voluntary Administration Acknowledgement**

- I understand and acknowledge that my taking of the COVID-19 vaccination is voluntary and not mandated by the Center.
- I understand and acknowledge that the COVID-19 vaccination is being provided and administered by \_\_\_\_\_.
- I understand and acknowledge that if I have any questions concerning the side effects associated with the COVID-19 vaccine that I may consult with my personal physician and / or \_\_\_\_\_ who provided and administered the vaccine to me.
- I understand and acknowledge that my continued residence at the Center does not depend on whether or not I chose to take the vaccine.
- I understand and acknowledge that receiving this vaccination administered by \_\_\_\_\_ is being done of my own free will.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Printed Name: \_\_\_\_\_

This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NoDerivatives 4.0 International License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>

*This policy and procedure is not intended to replace the informed judgment of individual physicians, nurses or other clinicians nor is it intended as a statement of prevailing community standards or minimum standards of practice. It is a suggested method and technique for achieving optimal health care, not a minimum standard below which residents necessarily would be placed at risk.*

## Vacunación contra el COVID-19 de los residentes

### Constancia de aplicación voluntaria

- Entiendo y reconozco que mi aplicación de la vacuna contra el COVID-19 es voluntaria y no obligada por el Centro.
- Entiendo y reconozco que la vacuna contra el COVID-19 es provista y aplicada por \_\_\_\_\_.
- Entiendo y reconozco que si tengo preguntas en cuanto a los efectos secundarios asociados a la vacuna contra el COVID-19 puedo consultar a mi médico personal o a \_\_\_\_\_, quien me proporcionó y administró la vacuna.
- Entiendo y reconozco que la continuación de mi residencia en el Centro no depende de si elijo o no aplicarme la vacuna.
- Entiendo y reconozco que al recibir esta vacuna administrada por \_\_\_\_\_ lo hago por voluntad propia.

Firma: \_\_\_\_\_ 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.*

**COVID-19 Post-Discharge Acknowledgement**

I am at \_\_\_\_\_ for short-term rehabilitation services. I have consented to receive the first dose of a two-dose vaccine series for the prevention of the COVID-19 virus. I was provided with information regarding the risks associated with the vaccine, signed a consent form, and received the vaccine on \_\_\_\_\_. I received a vaccine documentation card with information regarding the date and specific vaccine received.

I understand it is my responsibility to contact my local CVS or Walgreens location to schedule my second dose of vaccine within 3-4 weeks of the first dose.

**I understand that if I have any questions on how to schedule my second dose of the COVID-19 vaccine, or where I can receive my second dose of the COVID-19 vaccine I can call**

\_\_\_\_\_.

Resident Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Print Name: \_\_\_\_\_

Witness Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Print Name: \_\_\_\_\_

This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NoDerivatives 4.0 International License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>

*This policy and procedure is not intended to replace the informed judgment of individual physicians, nurses or other clinicians nor is it intended as a statement of prevailing community standards or minimum standards of practice. It is a suggested method and technique for achieving optimal health care, not a minimum standard below which residents necessarily would be placed at risk.*

**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.*

**COVID-19 Exemption Request**

---

**Instructions:**

- Employee must complete and sign the Requestor Information section.
- For Medical Exemption Request, employee’s physician must complete and sign the Patient Medical Contraindication section.
- For Religious Exemption Requests, employee’s bona fide religious beliefs and opposition to the immunization requirements. A supporting statement from the employee’s religious leader will assist in evaluating the exemption request.

**Requestor Information Section**

Name	Position	Department	Request Date

**Requestor Acknowledgement Information:**

- I understand that Facility requires all healthcare workers (employees, medical staff, volunteers, students, and contract workers) be vaccinated against COVID-19, unless granted an exemption.
- COVID-19 vaccination is recommended for me and all other healthcare workers to protect our residents from COVID-19 disease, its complications and risk of death.
- I am likely to be exposed to the coronavirus through the community and could bring the illness into the health care setting.
- If I contract COVID-19, I will shed the virus for days before COVID-19 symptoms appear. The virus shedding can spread the COVID-19 disease to residents in this facility and to my colleagues and family.
- If I become infected with COVID-19, even when my symptoms are mild or non-existent, I can spread severe illness to others.
- I understand that COVID-19 vaccines are available in injection form.
- The consequences of not being vaccinated could have life-threatening consequences to my health and the health of those with whom I have contact including: residents, co-workers, my family and my community.
- I understand all Facility positions and locations have the potential to expose our community to COVID-19 and therefore, all staff must be vaccinated.
- I recognize Facility requires other vaccinations as a condition of employment including Rubella, Rubeola, Varicella, Influenza, and TB.
- I understand that if this exemption is granted, I will be required to wear personal protection equipment (PPE) at all times when I am in the facility. If I do not wear the PPE, I will be subject to disciplinary action, up to and including, termination.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NoDerivatives 4.0 International License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>

*This policy and procedure is not intended to replace the informed judgment of individual physicians, nurses or other clinicians nor is it intended as a statement of prevailing community standards or minimum standards of practice. It is a suggested method and technique for achieving optimal health care, not a minimum standard below which residents necessarily would be placed at risk.*

**Requestor Acknowledgement**

With knowledge of the above, I am requesting an exemption from the COVID-19 vaccination for the following reason

(Please check one): \_\_\_\_\_ Medical Exemption \_\_\_\_\_ Religious Exemption

By my signature below, I acknowledge that:

- I have read and fully understand the information on this form.
- I understand that my request for an exemption may not be granted if it is not reasonable or creates an undue hardship on my employer or is likely to cause harm to residents or staff.
- I understand that any false or incomplete information on this form will result in corrective action up to and including termination of employment for falsification of records.
- I consent to release of this information as determined necessary for Facility to act on/carry out my request.

Name:	Signature:	Date:

This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NoDerivatives 4.0 International License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>

*This policy and procedure is not intended to replace the informed judgment of individual physicians, nurses or other clinicians nor is it intended as a statement of prevailing community standards or minimum standards of practice. It is a suggested method and technique for achieving optimal health care, not a minimum standard below which residents necessarily would be placed at risk.*

**Patient Medical Contraindication Section (complete for Medical Exemption)**

**Patient Name:** \_\_\_\_\_

**Please certify your patient’s contraindications to the COVID-19 Vaccine**

Medical condition aggravated by COVID-19 vaccine

Description of Medical Condition(s)	
Please describe how COVID-19 vaccine aggravates the medical condition(s).	

**Medical Certification/Verification Process**

Print Name: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Religious Doctrine Section (complete for Religious Exemption)**

**Employee Name** \_\_\_\_\_

Facility requires all employees to have certain immunity as a condition of employment. Employees must be vaccinated against COVID-19 to work in our organization. The above employee has requested a religious exemption from obtaining our required vaccination. In an effort to respect all religious freedom and accommodate the beliefs of our employees, we are requesting your assistance in better understanding your faith community doctrine as it relates to individual vaccinations. Please assist Facility in confirming your faith community doctrine specifically prohibiting the COVID-19 vaccination. We are seeking a description of your faith group’s written doctrine as well as supporting documentation validating your denomination’s doctrinal precepts.

Name of Established Faith Group or Denomination:	
Briefly describe faith group doctrine that prohibits vaccinations	

**Please attach supporting documentation from your religious tradition’s creed or doctrinal statement explicitly prohibiting vaccinations.**

**Religious Leader Information (optional to assist in evaluation of request):**

Religious Leader Name: \_\_\_\_\_ Title: \_\_\_\_\_

Religious Leader Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NoDerivatives 4.0 International License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>

*This policy and procedure is not intended to replace the informed judgment of individual physicians, nurses or other clinicians nor is it intended as a statement of prevailing community standards or minimum standards of practice. It is a suggested method and technique for achieving optimal health care, not a minimum standard below which residents necessarily would be placed at risk.*

**Solicitud de exención de la vacuna contra el COVID-19**

**Instrucciones:**

- El empleado debe completar y firmar la Sección de información del solicitante.
- En el caso de una solicitud de exención médica, el médico del empleado debe completar y firmar la Sección de contraindicaciones médicas del paciente.
- En el caso de una solicitud de exención por motivos religiosos, se deberán detallar las creencias religiosas auténticas del empleado y su oposición a los requisitos de vacunación. Una declaración respaldatoria del líder religioso del empleado será de utilidad al evaluar la solicitud de exención.

**Sección de información del solicitante**

Nombre	Puesto	Departamento	Fecha de la solicitud

**Constancia de comprensión del solicitante:**

- Entiendo que el centro requiere que todo el personal de salud (empleados, personal médico, voluntarios, estudiantes y contratistas) se vacune contra el COVID-19, a menos que se le haya otorgado una exención.
- La vacuna contra el COVID-19 se recomienda para mí y para el resto del personal de salud con el fin de proteger a nuestros residentes del COVID-19, sus complicaciones y el riesgo de muerte que conllevan.
- Es probable que tenga exposición al coronavirus en la comunidad y podría traer la enfermedad al entorno de atención médica.
- Si contraigo COVID-19, propagaré el virus por varios días antes de presentar síntomas de esa enfermedad. La propagación del virus puede hacer que los residentes de este centro, mis colegas y familia se contagien de COVID-19.
- Si me infecto con COVID-19, incluso si mis síntomas son leves o inexistentes, puedo contagiar a otros y que se enfermen gravemente.
- Entiendo que las vacunas contra el COVID-19 se encuentran disponibles como inyección.
- Las consecuencias de no vacunarse pueden ser potencialmente mortales para mi salud y la de personas con quien tengo contacto, entre ellas los residentes, mis compañeros de trabajo, mi familia y mi comunidad.
- Entiendo que todos los puestos y lugares de trabajo del Centro conllevan el potencial de exponer a la comunidad al COVID-19, por lo que todo el personal debe vacunarse.
- Reconozco que el Centro requiere como condición para el empleo otras vacunas, entre ellas las vacunas contra la rubeola, el sarampión, la varicela, la influenza y la tuberculosis.
- Entiendo que si se me otorga esta exención se me requerirá que use equipo de protección personal (EPP) en todo momento mientras me encuentre en el Centro. Si no uso el EPP, podré ser objeto de medidas disciplinarias e incluso ser despedido.

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.*

**Constancia del solicitante**

Con conocimiento de lo anterior, solicito se me otorgue una exención a la vacunación contra el COVID-19 por el siguiente motivo

(marque uno): \_\_\_\_\_ Exención médica \_\_\_\_\_ Exención religiosa

Con mi firma a continuación, confirmo y reconozco lo siguiente:

- Leí y entiendo por completo la información que se incluye en el presente formulario.
- Entiendo que mi solicitud de exención puede no aprobarse si no es razonable o si genera dificultades excesivas para mi empleador, o si es probable que provoque daños a los residentes o al personal.
- Entiendo que toda información falsa o incompleta en este formulario generará medidas correctivas que pueden incluir la finalización de la relación laboral por falsificación de registros.
- Presto mi consentimiento para que esta información se divulgue según se determine como necesario para que el Centro actúe/cumpla con mi solicitud.

Nombre en letra de imprenta:	Firma:	Fecha:

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.*

**Sección de contraindicaciones médicas del paciente (completar en caso de exención médica)**

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

**Certifique las contraindicaciones para recibir la vacuna contra el COVID-19 que corresponden al paciente**

Afección médica agravada por la vacuna contra el COVID-19

Descripción de las afecciones médicas	
Describa cómo la vacuna contra el COVID-19 agrava las afecciones médicas.	

**Proceso de verificación/certificación médica**

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

Fecha: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Sección de doctrina religiosa (completar en caso de exención por motivos religiosos)**

Nombre del empleado \_\_\_\_\_

El Centro requiere como condición para el empleo que todos los empleados tengan cierta inmunidad. Para trabajar en nuestra organización, los empleados deben vacunarse contra el COVID-19. El empleado anteriormente mencionado solicitó una exención por motivos religiosos para no recibir la vacuna requerida. En un esfuerzo por respetar todas las libertades religiosas y adaptarnos a las creencias de nuestros empleados, solicitamos su ayuda para entender mejor la doctrina de su comunidad religiosa en relación con la vacunación individual. Ayude al Centro a confirmar que la doctrina de su comunidad religiosa prohíbe de manera específica la vacuna contra la COVID-19. Buscamos que nos describa la doctrina escrita de su grupo religioso y también toda documentación respaldatoria que valide los preceptos doctrinales de su denominación.

Nombre de la denominación religiosa o el grupo de culto establecido:	
Describa brevemente la doctrina de su grupo religioso que prohíbe la vacunación	

**Adjunte la documentación respaldatoria de su credo o la declaración doctrinal de su religión que prohíba explícitamente las vacunas.**

**Información del líder religioso (opcional, para que se contemple en la evaluación de la solicitud):**

Nombre del líder religioso: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

Firma del líder religioso: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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.

**Staff COVID-19 Vaccination Declination**

- I understand and acknowledge that my taking of the COVID-19 vaccination is voluntary and not mandated by the Center.
- I understand that I should be at least 16 years old, not pregnant, and not expecting to be pregnant in the next 12 months
- I understand and acknowledge that the COVID-19 vaccination is being provided and administered by \_\_\_\_\_.
- I understand and acknowledge that if I have any questions concerning the risks and benefits associated with the COVID-19 vaccine that I may consult with my personal physician and / or \_\_\_\_\_ who is and administering the vaccine.
- I understand and acknowledge that my continued employment at the Center does not depend on whether or not I chose to take the vaccine.
- I have had all of my questions about the COVID-19 vaccine answered to my satisfaction.

**I hereby decline to receive the COVID-19 vaccine.**

Signature: \_\_\_\_\_

Printed Name: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NoDerivatives 4.0 International License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>

*This policy and procedure is not intended to replace the informed judgment of individual physicians, nurses or other clinicians nor is it intended as a statement of prevailing community standards or minimum standards of practice. It is a suggested method and technique for achieving optimal health care, not a minimum standard below which residents necessarily would be placed at risk.*

**Rechazo a la vacunación contra el COVID-19 del personal**

- Entiendo y reconozco que mi aplicación de la vacuna contra el COVID-19 es voluntaria y no obligada por el Centro.
- Entiendo que para ella debo tener 16 años de edad o más, no debo estar embarazada ni tener expectativas de quedar embarazada en los próximos 12 meses.
- Entiendo y reconozco que la vacuna contra el COVID-19 es provista y aplicada por \_\_\_\_\_.
- Entiendo y reconozco que si tengo preguntas en cuanto a los riesgos y los efectos secundarios asociados a la vacuna contra el COVID-19 puedo consultar a mi médico personal o a \_\_\_\_\_, quien proporciona y administra la vacuna.
- Entiendo y reconozco que la continuación de mi empleo en el Centro no depende de si elijo o no aplicarme la vacuna.
- Se han respondido de manera satisfactorias todas mis preguntas sobre la vacuna contra el COVID-19.

**Por medio del presente, rehúso recibir la vacuna contra el COVID-19.**

Firma: \_\_\_\_\_

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

Fecha: \_\_\_\_\_

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.*

**Resident COVID-19 Vaccination Declination**

- I understand and acknowledge that my taking of the COVID-19 vaccination is voluntary and not mandated by the Center.
- I understand and acknowledge that the COVID-19 vaccination is being provided and administered by \_\_\_\_\_.
- I understand and acknowledge that if I have any questions concerning the risks and benefits associated with the COVID-19 vaccine that I may consult with my personal physician and / or \_\_\_\_\_ who is administering the vaccine.
- I understand and acknowledge that my continued residence at the Center does not depend on whether or not I chose to take the vaccine.
- I have had all of my questions about the COVID-19 vaccine answered to my satisfaction.

**I hereby decline to receive the COVID-19 vaccine.**

Signature: \_\_\_\_\_

Printed Name: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NoDerivatives 4.0 International License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>

*This policy and procedure is not intended to replace the informed judgment of individual physicians, nurses or other clinicians nor is it intended as a statement of prevailing community standards or minimum standards of practice. It is a suggested method and technique for achieving optimal health care, not a minimum standard below which residents necessarily would be placed at risk.*

**Rechazo a la vacunación contra el COVID-19 de los residentes**

- Entiendo y reconozco que mi aplicación de la vacuna contra el COVID-19 es voluntaria y no obligada por el Centro.
- Entiendo y reconozco que la vacuna contra el COVID-19 es provista y aplicada por \_\_\_\_\_.
- Entiendo y reconozco que si tengo preguntas en cuanto a los riesgos y los efectos secundarios asociados a la vacuna contra el COVID-19 puedo consultar a mi médico personal o a \_\_\_\_\_, quien proporciona y administra la vacuna.
- Entiendo y reconozco que la continuación de mi residencia en el Centro no depende de si elijo o no aplicarme la vacuna.
- Se han respondido de manera satisfactorias todas mis preguntas sobre la vacuna contra el COVID-19.

**Por medio del presente, rehúso recibir la vacuna contra el COVID-19.**

Firma: \_\_\_\_\_

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

Fecha: \_\_\_\_\_

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.*