



Universidad Interamericana de Puerto Rico Oficina
Central del Sistema

AUTORIZACIÓN Y RELEVO

La Universidad Interamericana de Puerto Rico, Inc., mediante contrato con el Departamento de Salud, administra la vacuna de SARS-CoV-2 (COVID-19) a personas interesadas en recibir la misma.

Yo _____, quien soy el Padre/Madre/Tutor con Patria Potestad del menor, _____ autorizo a la Universidad Interamericana de Puerto Rico, a que le administre a mi hijo la vacuna SARS-CoV-2 (COVID-19).

Yo _____ relevo a la Universidad Interamericana de Puerto Rico, Inc., incluyendo a todas sus afiliadas, concesionarios, accionistas, oficiales, ejecutivos, agentes, empleados, representantes y auspiciadores (en adelante denominados colectivamente como los "Exonerados"), de cualquier y toda responsabilidad, reclamaciones, demandas o acciones o causas de acción que surjan de cualquier daño, pérdida, daño físico, enfermedad, o muerte, incluyendo cualquier sufrimiento y/o angustia mental, que pueda ocurrirle al menor en relación a la administración de la vacuna SARS-CoV-2 (COVID-19).

Acompaño copia de mi licencia de conducir número _____ expedida por el Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

En San Juan, Puerto Rico, hoy _____ de _____ de 2022.

Firma

Dirección

Correo electrónico