

COVID-19 Individual Agreement Waiver and Release Form

Patient Name: _____ Date of Birth _____

Guardian Name (Nombre del tutor): _____

Infectious Disease Transmission Safeguard (Salvaguardia de transmisión de enfermedades infecciosas)

I understand that while inside and adjacent to the premises of this dental office, named First Care Dental of Palm Beach, PA, I may come in contact with the human coronavirus known as COVID-19. I am aware of the means of transmission of infectious diseases including COVID-19, which include human to human contact, human to surface contact, as well as airborne and respiratory transmission, amongst known transmission sources. Regardless of any amount of precautions taken by this dental office, it is impossible for this dental office to guarantee that I will not have contact with COVID-19. I agree to follow all guidelines recommended by the Centers for Disease Control (CDC) to prevent any transmission of infectious diseases, including COVID-19. I further understand that due to the nature of the work performed in this office, there is an elevated transmission risk that exists such that transmission is possible while engaging in all activities in the office.

(Entiendo que dentro y adyacente a las instalaciones de este consultorio dental, llamado First Care Dental de Palm Beach, PA, puedo entrar en contacto con el coronavirus humano conocido como COVID-19. Soy consciente de los medios de transmisión de enfermedades infecciosas, incluido COVID-19, que incluyen de humano a humanocontacto, contacto humano a superficie, así como transmisión aérea y respiratoria, entre los conocidos Fuentes de transmisión. Independientemente de la cantidad de precauciones tomadas por este consultorio dental, es imposible que este consultorio dental garantice que no tendré contacto con COVID-19. Estoy de acuerdo en seguir todas las pautas recomendadas por los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) para prevenir cualquier transmisión de enfermedades infecciosas, incluido COVID-19. Además entiendo que debido a la naturaleza del trabajo realizado en esta oficina, existe un riesgo elevado de transmisión que existe tal que la transmisión es posible mientras participa en todas las actividades en la oficina.)

Have you been previously diagnosed with the human coronavirus known as COVID-19?(¿Le han diagnosticado previamente el coronavirus humano conocido como COVID-19?)

___ Yes ___ No

By checking this box, I certify that I have read, understand and agree to comply with the provisions set forth in the above Infectious Disease Transmission Safeguard. I further agree to release and hold harmless the aforementioned dental office and all Directors, Officers, Staff and agents from, against and with respect to any and all actions, suits, claims, damages, judgments, costs and expenses of any and every kind and nature whatsoever, whether known or unknown, liquidated or unliquidated, fixed or contingent, direct or indirect, which I, my estate or any of my heirs, beneficiaries, successors and assigns, and each of them, have or can have, shall or may have, or claim to have, against the Association and such Directors, Officers, Staff and Instructors, and each of them, by reasons of my entrance into this dental office and potential exposure to human coronavirus (COVID-19). (Al marcar esta casilla, certifico que he leído, entiendo y acepto cumplir con eldisposiciones establecidas en la anterior Salvaguardia de transmisión de enfermedades infecciosas. Además acepto liberary eximir de responsabilidad al consultorio dental mencionado anteriormente y a todos los Directores, Oficiales, Personal y agentes de,en contra y con respecto a cualquiera y todas las acciones, demandas, reclamos, daños, juicios, costos y gastosde cualquier tipo y naturaleza, ya sea conocida o desconocida, liquidada o no liquidada,fijo o contingente, directo o indirecto, que yo, mi patrimonio o cualquiera de mis herederos, beneficiarios, sucesores y asigna, y cada uno de ellos, tiene o puede tener, tendrá o puede tener, o pretende tener, contra la Asociación y tales Directores, Oficiales, Personal e Instructores, y cada uno de ellos, por razones de mi entrada en esteconsultorio dental y posible exposición al coronavirus humano (COVID-19).

E-consent

This document may be in the form of an Electronic Record and may be executed using Electronic Signatures (including, without limitation, facsimile and .pdf) and shall be considered an original, and shall have the same legal effect, validity and enforceability as a paper record. (Este documento puede tener la forma de un Registro electrónico y puede ejecutarse utilizando Firmas electrónicas (incluyendo, entre otros, facsímil y .pdf) y se considerará un original, y tendrá el mismo efecto legal, validez y aplicabilidad que un documento grabar)

To evidence your certification of this document, please electronically sign this document by checking the box below. (Para acreditar su certificación de este documento, firme electrónicamente este documento marcando la casilla a continuación.)

YES/SI NO

Are you sure you want to apply your electronic signature to this **document**? Clicking “Yes” and typing your name and date at the line below constitutes your certification to this document, and this electronic signature will have the same legal effect as a handwritten signature (¿Está seguro de que desea aplicar su firma electrónica a este documento? Hacer clic en "Sí" y escribir su nombre y fecha en la línea a continuación constituye su certificación de este documento, y esta firma electrónica tendrá el mismo efecto legal que una firma manuscrita.)

Name (Nombre) _____ Date fecha) _____

Signature (Firma) _____