

Sample Vaccine Ascertainment and Declination Forms:

[English Ascertainment](#)

[English Declination](#)

[Chinese Ascertainment](#)

[Chinese Declination](#)

[Spanish Ascertainment](#)

[Spanish Declination](#)

[Pilipino Ascertainment](#)

[Pilipino Declination](#)

*NOTE: This sample form is provided by way of example and is not legal advice to any Business. Any Business that implements a vaccination program should consult its own legal counsel regarding the content of any such program. But, as outlined by Sections 4, 6, and Appendix B to Health Officer Order No. C19-07y (including as that order is updated in the future), the required vaccination program for Personnel in High Risk Settings, Personnel in certain additional health care settings, and staff at certain indoor Businesses must include ascertainment of vaccination status addressing the issues included in this sample form.*

## **COVID-19 MANDATORY VACCINATION DISCLOSURE FORM**

As stated in Sections 4, 6, and Appendix B to Health Officer Order No. C19-07y (including as that order is updated in the future), all Personnel or staff who work in High Risk Settings, certain additional health care settings, and certain indoor Businesses in the City and County of San Francisco are required to be fully vaccinated for COVID-19. As noted by the United States Equal Employment Opportunity Commission and California Department of Employment and Fair Housing, any person who has either (1) a medical condition or disability that prevents taking the vaccine or (2) a sincerely held religious belief, practice, or observance that prevents the person from taking the vaccine may be entitled to a reasonable accommodation.<sup>1</sup> Under Order C19-07, operators of these businesses must ascertain the vaccination status of all Personnel or staff and may be required to allow Personnel or staff who meet the criteria for exemption to decline the mandatory vaccination and instead follow the mandatory requirements for unvaccinated individuals listed in the Order (which include wearing a Well-Fitted Mask at all times other than when actively eating or drinking and being Tested weekly—refer to the Order for specific requirements and a Sample Employee Declination Form found at [www.sfdph.org/dph/alerts/files/C19-07-Safer-Return-Together-Health-Order.pdf](http://www.sfdph.org/dph/alerts/files/C19-07-Safer-Return-Together-Health-Order.pdf)).

*Directions:* All Personnel or staff must complete Section 1 (Disclosure of Vaccination Status) below unless the business operator otherwise obtains the required information, and anyone completing Section 1 must also complete Section 2 (Signature).

---

<sup>1</sup> For more information, see [www.eeoc.gov/wysk/what-you-should-know-about-covid-19-and-ada-rehabilitation-act-and-other-eeo-laws](http://www.eeoc.gov/wysk/what-you-should-know-about-covid-19-and-ada-rehabilitation-act-and-other-eeo-laws) and [www.dfeh.ca.gov/wp-content/uploads/sites/32/2020/03/DFEH-Employment-Information-on-COVID-19-FAQ\\_ENG.pdf](http://www.dfeh.ca.gov/wp-content/uploads/sites/32/2020/03/DFEH-Employment-Information-on-COVID-19-FAQ_ENG.pdf).

## **Section 1 – Disclosure of Vaccination Status**

*[All Personnel or staff must complete this Section]*

Each operator of a High Risk Setting and certain additional health care and indoor business settings in the City and County of San Francisco is required by Health Officer Order No. C19-07 to ascertain the vaccination status of all Personnel (including employees, contractors, and volunteers) or, where applicable, staff who either routinely work onsite or who in the course of their duties may enter or work in some settings, and all such Personnel or staff are required to disclose their vaccination status. Please complete this section in order to provide your vaccination status. This information must be kept confidential by the entity consistent with privacy laws. *Check only one box in this section:*

- I want to be vaccinated. I have not yet received a vaccine for COVID-19 and wish to get information about becoming vaccinated. I understand that I will need to update this form once my vaccination is complete, and until then I will be required to comply with the conditions for Personnel who are not Fully Vaccinated. More information about vaccination is available online at [sf.gov/covid-19-vaccine-san-francisco](https://sf.gov/covid-19-vaccine-san-francisco).
- I am in the process of being vaccinated. I have started the process of receiving a vaccine/vaccine series for COVID-19. Until two weeks after the final dose, I understand that I will be required to comply with the conditions for Personnel who are not Fully Vaccinated and that I will need to update this form once my vaccination is complete.

The date when I expect to be fully vaccinated (2 weeks after the final dose) is: \_\_\_\_\_

- I am Fully Vaccinated. I have completed my COVID-19 vaccination process. Below is the information about my vaccination series:

My date of birth: \_\_\_\_\_

Vaccine manufacturer:

- Johnson & Johnson/Janssen (1 dose)  
 Moderna (2 doses)  
 Pfizer (2 doses)  
 Other (list manufacturer): \_\_\_\_\_

Date(s) of vaccine administration (list date of first dose and, if applicable, second dose): \_\_\_\_\_

- I decline to be vaccinated and am eligible for an exemption. I do not wish to be vaccinated and meet one of the two criteria for vaccination exemption in Health Officer Order C19-07. I understand that I will be required to comply with the conditions for Personnel or staff who are not Fully Vaccinated unless or until I am able to be fully vaccinated. **Please note:** employees who choose this option must refer to the Order for specific requirements and a Sample Employee Declination Form found at [www.sfdph.org/dph/alerts/files/C19-07-Safer-Return-Together-Health-Order.pdf](https://www.sfdph.org/dph/alerts/files/C19-07-Safer-Return-Together-Health-Order.pdf). All required forms – including where applicable a signed Healthcare Provider Supporting Statement – must be provided before a request for declination is considered complete. Personnel are considered out of compliance with the vaccination program if they fail to completely fill out, sign, and submit all applicable forms and documents.

**Section 2 – Signature and Attestation**

*[All Personnel or staff who complete any section of this form must complete this Section]*

I affirm that the statement(s) in Section 1 above are true and correct.

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

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

Printed name: \_\_\_\_\_

Location (City and State) where signed: \_\_\_\_\_

*NOTE: This sample form is provided by way of example and is not legal advice to any Business. Any Business that implements a vaccination program should consult its own legal counsel regarding the content of any such program. But, as outlined by Sections 4, 6, and Appendix B to Health Officer Order No. C19-07y (including as that order is updated in the future), the required vaccination program for Personnel in High Risk Settings, Personnel in certain additional health care settings, and staff at certain indoor Businesses must include ascertainment of vaccination status and providing a declination option addressing the issues included in this sample form.*

### **COVID-19 MANDATORY DECLINATION FORM**

As stated in Sections 4, 6, and Appendix B to Health Officer Order No. C19-07y (including as that order is updated in the future), all Personnel or staff who work in High Risk Settings, certain additional health care settings, and certain indoor Businesses in the City and County of San Francisco are required to be fully vaccinated for COVID-19. As noted by the United States Equal Employment Opportunity Commission and California Department of Employment and Fair Housing, any person who has either (1) a medical condition or disability that prevents taking the vaccine or (2) a sincerely held religious belief, practice, or observance that prevents the person from taking the vaccine may be entitled to a reasonable accommodation.<sup>2</sup> Under Order No. C19-07, operators of these businesses must ascertain the vaccination status of all Personnel or staff and may allow Personnel or staff who meet the criteria for exemption to decline the mandatory vaccination and instead follow the mandatory requirements for unvaccinated individuals listed in the Order (which include wearing a Well-Fitted Mask at all times other than when actively eating or drinking and being Tested weekly—refer to the Order for specific requirements). Order No. C19-07 does not limit any Business’s or governmental entity’s ability under applicable law to determine whether to allow exemptions, whether any person who seeks an exemption meets exemption criteria, or whether it is able to offer a reasonable accommodation to Personnel with an approved exemption.

*Directions:* All Personnel or staff must complete a separate Disclosure of Vaccination Status (found at [www.sfdph.org/dph/alerts/files/C19-07-Safer-Return-Together-Health-Order.pdf](http://www.sfdph.org/dph/alerts/files/C19-07-Safer-Return-Together-Health-Order.pdf)) unless the business operator otherwise obtains the required information. Any Personnel or staff seeking to decline vaccination must also complete Section 1 (Vaccine Declination) and Section 2 (Signature) of this form. **Please note:** Personnel and staff who choose to pursue the declination option must fill out all applicable forms. All required forms – including, where applicable a signed Healthcare Provider Supporting Statement – must be provided before a request for declination is considered complete. Personnel and staff are considered out of compliance with the vaccination program if they fail to completely fill out, sign, and submit all applicable forms and documents.

---

<sup>2</sup> For more information, see [www.eeoc.gov/wysk/what-you-should-know-about-covid-19-and-ada-rehabilitation-act-and-other-eeo-laws](http://www.eeoc.gov/wysk/what-you-should-know-about-covid-19-and-ada-rehabilitation-act-and-other-eeo-laws) and [www.dfeh.ca.gov/wp-content/uploads/sites/32/2020/03/DFEH-Employment-Information-on-COVID-19-FAQ\\_ENG.pdf](http://www.dfeh.ca.gov/wp-content/uploads/sites/32/2020/03/DFEH-Employment-Information-on-COVID-19-FAQ_ENG.pdf).

**Section 1 –Vaccine Declination**

*[All Personnel or staff seeking an exemption from vaccination must complete this Section]*

By completing this Section 1, I am declaring that I am unable to be vaccinated for COVID-19 on the following basis (check all that apply):

- Medical/Disability Accommodation: I have a medical condition or disability that prevents me from being able to take any COVID-19 vaccine.  
*NOTE*: To be eligible for this exemption, I understand that I must also provide to my employer (or the Business where I work or volunteer) a written statement signed by a **physician, nurse practitioner, or other licensed medical professional practicing under the license of a physician**, stating that I qualify for the exemption (but the written statement should not describe the underlying medical condition or disability) and indicating the probable duration of my inability to receive the vaccine (or if the duration is unknown or permanent, so indicate). I may use the next page of this form for that purpose.
  
- Religious Belief Accommodation: I have a sincerely held religious belief, practice, or observance that prevents me from taking any of the FDA authorized or approved COVID-19 vaccines.

**Section 2 – Signature and Attestation**

*[All Personnel or staff who complete any section of this form must complete this Section]*

I affirm that the statement(s) in Section 1 above are true and correct.

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

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

Printed name: \_\_\_\_\_

Location (City and State) where signed: \_\_\_\_\_

COVID-19 MANDATORY VACCINATION DECLINATION  
Healthcare Provider Supporting Statement

In order for a person who works, provides services, or volunteers in High Risk Settings, certain additional health care settings, and certain indoor businesses in the City and County of San Francisco to apply to qualify for a Medical/Disability Accommodation to the requirement to receive a COVID-19 vaccination, their healthcare provider (only a physician, nurse practitioner, or other licensed medical professional practicing under the license of a physician) must complete the following form to be provided by the person to their employer or other Business location where they work or volunteer. *NOTE – Do not state that nature of the underlying medical condition or disability.*

Name of person seeking  
a medical/disability exemption: \_\_\_\_\_

Date of birth of person seeking exemption: \_\_\_\_\_

Name of physician, nurse practitioner, or  
other licensed medical professional  
practicing under the license of a physician: \_\_\_\_\_

Anticipated duration of medical condition/disability  
(or indicate if the duration is unknown or permanent): \_\_\_\_\_

By completing and signing this form, I certify that my client/patient listed above should not receive the COVID-19 vaccine due to (*explain the specific contraindication to vaccination here, but do not identify the underlying medical condition or disability – attach a separate sheet or statement if necessary*): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

I certify the above information to be true and accurate, and I request exemption from the COVID-19 vaccination for the above-named individual.

Signed by: \_\_\_\_\_

Dated: \_\_\_\_\_

License number: \_\_\_\_\_

Contact info (address and telephone number): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

If practicing under the license of a physician,  
name and license number of physician: \_\_\_\_\_

注意: 此表格僅作樣本使用, 不作商業用法律建議。任何商業機構如需實施疫苗接種項目應就任何相關計劃內容諮詢公司的法律顧問。但是, 根據 C19-07y 號衛生官員指令(包括此衛生官員指令未來更新版本)第 4、6 及附錄 B 所列明, 高風險設施、特定額外的醫療照護設施和特定室內商業規定的工作人員疫苗項目必須包含針對此問題的, 在此樣本表格中列出的疫苗接種狀態確認表。

### 法定 COVID-19 新冠疫苗接種申報表

根據 C19-07y 號衛生官員指令(包括此衛生官員指令未來更新版本)第 4、6 部分及附錄 B 所表述, 三藩市縣和市內的高風險設施、特定額外醫療照護設施和特定室內商業的所有工作人員或僱員必須已完成新冠病毒疫苗接種。根據美國公平就業機會委員會和加州公平就業和住房部列出, 任何人士只要有以下情況之一(1) 健康狀況或殘障而無法接種疫苗, 或(2)因信仰、實踐或奉行宗教而無法接種疫苗, 或有權獲得合理的調解。<sup>3</sup> 根據 C19-07 號指令, 商業經營者必須確認所有工作人員或僱員的疫苗接種狀態, 及或會被要求允許符合特定豁免條件的工作人員拒絕強制疫苗接種規定, 並以遵守指令中列出針對未接種疫苗人士而定的強制要求代替(包括除非在進行飲食的時候, 須一直佩戴貼臉的口罩並且每星期進行檢測——如需查詢更多特定的要求, 並索取樣本僱員拒絕表格, 可瀏覽 [www.sfdph.org/dph/alerts/files/C19-07-Safer-Return-Together-Health-Order.pdf](http://www.sfdph.org/dph/alerts/files/C19-07-Safer-Return-Together-Health-Order.pdf))。

指引: 所有工作人員或僱員必須完整填寫以下的第 1 部分(疫苗接種狀態申報表), 除非商業經營者能夠以其他方法獲得所規定的資料, 所有填寫第 1 部分的人士必須填寫第 2 部分(簽名)。

### 第 1 部分——疫苗狀態申報

[所有工作人員或僱員必須填寫此部分]

三藩市縣和市內每一個高風險設施、特定額外醫療照護設施及室內商業的經營者, 須遵守衛生官員 C19-07 號指令, 確認所有工作人員的疫苗接種狀態(包括僱員、合約承包商和志願者), 或當適用情況下, 所有定期在設施內工作的僱員; 所有工作人員或僱員必須申報他們的疫苗接種狀態。請填寫此部分以提供您的疫苗接種狀態。這些資料必須保密, 機構必須遵守私隱條例。此表格中每部分只選一項:

我想接種疫苗。我暫時未接種新冠肺炎疫苗並且願意獲取如何接種疫苗的資訊。我明白當完成新冠疫苗接種後需更新此表格, 並且必須遵守對未完全接種疫苗工作人員的規定, 直到完全接種疫苗。更多接種新冠疫苗的資訊, 請瀏覽 [sf.gov/covid-19-vaccine-san-francisco](http://sf.gov/covid-19-vaccine-san-francisco)。

我正在接受新冠疫苗接種。我已經開始了接種新冠疫苗的過程。我明白必須遵守對未完全接種疫苗工作人員的規定, 直至最後一劑疫苗接種後兩星期, 並且當完成新冠疫苗接種後需更新此表格: 預計完成接種新冠疫苗的日期(接種最後一劑兩星期後): \_\_\_\_\_

我已經完成疫苗接種。我已經完成 COVID-19 新冠疫苗接種過程。以下是我的疫苗接種資料:

出生日期: \_\_\_\_\_

疫苗製造商:

- 強生/楊森(一劑)
- 莫德納(兩劑)
- 輝瑞(兩劑)
- 其他(列出製造商): \_\_\_\_\_

<sup>3</sup> 更多資訊, 請瀏覽 [www.eeoc.gov/wysk/what-you-should-know-about-covid-19-and-ada-rehabilitation-act-and-other-eeo-laws](http://www.eeoc.gov/wysk/what-you-should-know-about-covid-19-and-ada-rehabilitation-act-and-other-eeo-laws) 及 [www.dfeh.ca.gov/wp-content/uploads/sites/32/2020/03/DFEH-Employment-Information-on-COVID-19-FAQ\\_ENG.pdf](http://www.dfeh.ca.gov/wp-content/uploads/sites/32/2020/03/DFEH-Employment-Information-on-COVID-19-FAQ_ENG.pdf).



接種疫苗的日期(列出第一劑，及若接種第二劑，包括第二劑的日期):

我拒絕接種疫苗並且符合豁免資格。我並不願意接種疫苗，並且符合衛生官員 C19-07 號指令下兩個豁免條件之一。我明白必須遵守對未完全接種疫苗工作人員的規定，直到我能夠完全接種疫苗。請注意：選此項的僱員必須參照指令列出的特定要求並且獲取樣本僱員拒絕疫苗表格，可在此獲取 [www.sfdph.org/dph/alerts/files/C19-07-Safer-Return-Together-Health-Order.pdf](http://www.sfdph.org/dph/alerts/files/C19-07-Safer-Return-Together-Health-Order.pdf)。必須提交所有規定的表格，包括醫療健保提供者簽名的支持聲明文件，拒絕接種申請才被視為完整。若工作人員無法完整填寫、簽署並提交所有規定的表格和文件，均被視為沒有遵守疫苗項目規定。

## 第 2 部分—簽名及證詞

[所有已經完整填寫此表格任何部分的工作人員或僱員均須填寫此部分]

本人聲明在以上第 1 部分中填寫的內容均為真實及正確。

簽名：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

名字正寫：\_\_\_\_\_

簽名地點(市和州):\_\_\_\_\_

注意: 此表格僅作樣本使用, 不作商業用法律建議。任何商業機構如需實施疫苗接種項目應就任何相關計劃內容諮詢公司的法律顧問。但是, 根據 C19-07y 號衛生官員指令(包括此衛生官員指令未來更新版本)第 4、6 及附錄 B 所列明, 高風險設施、特定額外的醫療照護設施和特定室內商業規定的工作人員疫苗項目必須包含疫苗狀態確認表, 及在此樣本表格中包括的拒絕疫苗接種選擇。

### 拒絕法定 COVID-19 新冠疫苗接種表

根據 C19-07y 號衛生官指令(包括此衛生官員指令未來更新版本)第 4、6 部分及附錄 B 所述, 三藩市縣和市内從事高風險設施、特定額外醫療照護設施和特定室內商業的所有工作人員或僱員必須已完成新冠病毒疫苗接種。根據美國公平就業機會委員會和加州公平就業和住房部列出, 任何人只要有以下情況之一(1) 醫療狀況或殘障而無法接種疫苗, 或(2)因信仰、實踐或奉行宗教而無法接種疫苗, 或有權獲得合理的調解<sup>4</sup>。根據 C19-07 號衛生官指令, 這些商業的經營者可確認所有工作人員或僱員的疫苗接種狀態, 並且必須允許符合特定豁免條件的工作人員或僱員拒絕接種疫苗, 另以遵守指令中列出的針對未接種疫苗人士而定的強制性要求代替(包括除非在進行飲食的時候, 須一直佩戴貼臉的口罩並且每週進行檢測)。C19-07 號衛生官指令不限制商業機構或政府機構在適用法律允許下決定是否接受豁免之能力, 無論任何申請豁免之人士是否符合豁免條件或該機構是否能夠為通過豁免之工作人員提供一個合理的通融措施。

指示: 所有工作人員或僱員必須完整填寫另一份疫苗接種狀態申報表(可在 [www.sfdph.org/dph/alerts/files/C19-07-Safer-Return-Together-Health-Order.pdf](http://www.sfdph.org/dph/alerts/files/C19-07-Safer-Return-Together-Health-Order.pdf) 索取), 除非商業經營者能夠以其他方法獲得所規定的資料。任何工作人員或僱員如需申請拒絕接種疫苗, 必須完整填寫表格中第 1 部分(拒絕疫苗接種表)及第 2 部分(簽名)。請注意: 選擇拒絕疫苗接種的工作人員和僱員必須填寫所有申請表格。在所有規定的表格提交後, 包括醫療健保提供者簽名的支持聲明文件, 拒絕接種申請才被視為完整。若工作人員無法完整填寫、簽署並提交所有規定的表格和文件, 均被視為沒有遵守疫苗項目規定。

#### 第 1 部分——拒絕接種疫苗

[所有需申請拒絕接種疫苗的工作人員或僱員必須完整填寫此部分]

完成填寫第 1 部分, 本人聲明, 基於以下理由本人無法接種 COVID-19 新冠疫苗(可選所有適用):

醫療/殘障: 本人因健康狀況或殘障而無法接種任何 COVID-19 新冠疫苗。

請注意: 為符合此豁免, 本人明白本人必須向僱主(或志願服務的機構)提交一份由醫生、護士或持醫生執照的其他醫療人員簽署的書面聲明, 表示本人符合豁免資格(但此書面聲明不應包括醫療及殘障狀況), 並且註明無法接種疫苗的狀況持續時間(或持續時間屬於未知或永久, 均須註明)。可使用此表格下一頁列明。

宗教信仰: 本人有虔誠的宗教信仰、實踐及奉行而無法接種任何聯邦食品及藥物管理局授權或批准的 COVID-19 新冠疫苗。

#### 第 2 部分—簽名及證詞

[所有已經完整填寫此表格任何部分的工作人員或僱員均須填寫此部分]

本人聲明在以上第 1 部分中填寫的內容均為真實及正確。

簽名: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_

名字正寫: \_\_\_\_\_

<sup>4</sup> 更多資訊, 請瀏覽 [www.eeoc.gov/wysk/what-you-should-know-about-covid-19-and-ada-rehabilitation-act-and-other-eeo-laws](http://www.eeoc.gov/wysk/what-you-should-know-about-covid-19-and-ada-rehabilitation-act-and-other-eeo-laws) 及 [www.dfeh.ca.gov/wp-content/uploads/sites/32/2020/03/DFEH-Employment-Information-on-COVID-19-FAQ\\_ENG.pdf](http://www.dfeh.ca.gov/wp-content/uploads/sites/32/2020/03/DFEH-Employment-Information-on-COVID-19-FAQ_ENG.pdf)。

簽名地點(市和州): \_\_\_\_\_

**拒絕法定 COVID-19 新冠病毒疫苗接種表**  
**醫療提供者支持聲明**

任何在三藩市縣和市內的高風險設施、特定額外醫療照護設施及特定室內商業內工作、提供服務或志願服務的人士，需申請符合醫療、殘障調節以獲得豁免接種 COVID-19 新冠疫苗，他們的醫療健保提供者(只有醫生、護士或持醫生執照的其他醫療人員)必須完整填寫以下表格，並交由本人提交給他們的僱主或其他工作或志願服務的地點。注意：不要列出此人的醫療狀況或殘障。

醫療狀況、殘障豁免申請人姓名: \_\_\_\_\_

豁免申請人出生日期: \_\_\_\_\_

醫生、護士或持醫生執照的其他醫療人員姓名: \_\_\_\_\_

醫療、殘障狀況預計持續時間(若未知或永久，請註明): \_\_\_\_\_

通過完整填寫並簽署此表格，本人聲明本人以上列出的客戶/病人不應接種 COVID-19 新冠疫苗，由於以下原因(在此解釋對疫苗的特定禁忌症，但不能列明醫療狀況或殘障，若需要可加頁):

\_\_\_\_\_

本人證明以上資料真實及正確，並且本人要求上述名字的人士可獲 COVID-19 新冠疫苗豁免。

簽名:

日期: \_\_\_\_\_

執照號碼: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

聯絡資料(地址及電話號碼): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

醫生姓名及執照號碼(若以醫生執照執業): \_\_\_\_\_

*NOTA: Este formulario de muestra se ofrece a modo de ejemplo y no como asesoramiento legal para ningún Negocio. Cualquier Negocio que implemente un programa de vacunación debe consultar a su propio asesor legal con respecto al contenido de dicho programa. Sin embargo, como se indica en las Secciones 4 y 6, y en el Apéndice B del Mandato del Oficial de Salud n.º C19-07y (incluso cuando dicho mandato se actualice en el futuro), el programa de vacunación requerido para el Personal de los Entornos de Alto Riesgo, el Personal de ciertos entornos adicionales de atención médica y el personal de ciertos Negocios en espacios interiores debe incluir una verificación de su estado de vacunación en el que se responda a las preguntas incluidas en este formulario de muestra.*

## **FORMULARIO DE DECLARACIÓN SOBRE LA VACUNACIÓN OBLIGATORIA CONTRA EL COVID-19**

Como se indica en las Secciones 4 y 6, y en el Apéndice B del Mandato del Oficial de Salud n.º C19-07y (incluso cuando dicho mandato se actualice en el futuro), todo miembro del Personal o empleado que trabaje en Entornos de Alto Riesgo, en ciertos entornos de atención médica y en ciertos Negocios en espacios interiores de la Ciudad y el Condado de San Francisco está obligado a estar completamente vacunado contra el COVID-19. Tal y como lo señala la Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo de Estados Unidos y el Departamento de Empleo y Vivienda Justa de California, cualquier persona que tenga (1) una afección o una discapacidad que le impida vacunarse o (2) una creencia, práctica u observancia religiosa sincera que le impida vacunarse puede tener derecho a una adaptación razonable.<sup>5</sup> De acuerdo con el Mandato C19-07, los operadores de estos negocios deben verificar el estado de vacunación de todos los miembros del Personal o empleados, y se les puede requerir que permitan que los miembros del Personal o empleados que cumplan con los criterios de exención rechacen la vacunación obligatoria y, en su lugar, cumplan con los requisitos obligatorios para las personas no vacunadas que se enumeran en el Mandato (los cuales incluyen el uso de una Mascarilla Bien Ajustada en todo momento, excepto cuando se come o bebe activamente, y la realización de Pruebas semanales. Consulte el Mandato para conocer los requisitos específicos y ver una muestra del formulario de rechazo para empleados, disponible en [www.sfdph.org/dph/alerts/files/C19-07-Safer-Return-Together-Health-Order.pdf](http://www.sfdph.org/dph/alerts/files/C19-07-Safer-Return-Together-Health-Order.pdf)).

*Instrucciones:* Todos los miembros del Personal o empleados deben llenar la Sección 1 que se presenta a continuación (Declaración sobre el estado de vacunación), a menos que el administrador del negocio obtenga la información requerida de otra manera. Toda persona que llene la Sección 1 debe también completar la Sección 2 (firma).

---

<sup>5</sup> Para obtener más información, consulte: [www.eeoc.gov/wysk/what-you-should-know-about-covid-19-and-ada-rehabilitation-act-and-other-eeo-laws](http://www.eeoc.gov/wysk/what-you-should-know-about-covid-19-and-ada-rehabilitation-act-and-other-eeo-laws) y [www.dfeh.ca.gov/wp-content/uploads/sites/32/2020/03/DFEH-Employment-Information-on-COVID-19-FAQ\\_ENG.pdf](http://www.dfeh.ca.gov/wp-content/uploads/sites/32/2020/03/DFEH-Employment-Information-on-COVID-19-FAQ_ENG.pdf).

## **Sección 1. Declaración sobre el estado de vacunación**

*[Todos los miembros del Personal o empleados deben completar esta Sección]*

El Mandato del Oficial de Salud n.º C19-07 exige que todos los operadores de Entornos de Alto Riesgo, ciertos entornos de atención médica y ciertos negocios en espacios interiores de la Ciudad y el Condado de San Francisco declaren el estado de vacunación de todo el Personal (lo que incluye a los empleados, contratistas y voluntarios) o, cuando corresponda, de los empleados que normalmente trabajan en el sitio o que en el ejercicio de sus funciones puedan entrar o trabajar en algunos entornos. Asimismo, dichos miembros del Personal o empleados tienen la obligación de declarar cuál es su estado de vacunación. La entidad deberá mantener esta información confidencial, de acuerdo con las leyes de privacidad. *Marque solamente una casilla en esta sección:*

- Quiero vacunarme.** Aún no he recibido la vacuna contra el COVID-19 y deseo recibir información sobre cómo vacunarme. Entiendo que tendré que actualizar la información de este formulario una vez que complete mi vacunación y que, hasta entonces, tendré la obligación de cumplir los requisitos para los miembros del Personal que no están Completamente Vacunados. Consulte más información sobre la vacunación en línea en [sf.gov/es/covid-19-vaccine-san-francisco](https://sf.gov/es/covid-19-vaccine-san-francisco).
- Estoy en proceso de vacunarme.** He comenzado el proceso para recibir una vacuna/serie de vacunas contra el COVID-19. Entiendo que tengo la obligación de cumplir con los requisitos para los miembros del Personal que no están Completamente Vacunados hasta dos semanas después de haber recibido la dosis final de la vacuna. Asimismo, comprendo que tendré que actualizar la información de este formulario una vez que complete el proceso de vacunación.

La fecha en la que espero estar completamente vacunado (2 semanas después de la dosis final) es: \_\_\_\_\_

- Estoy Completamente Vacunado.** He completado el proceso de vacunación contra el COVID-19. La información sobre mi serie de vacunas es la siguiente:

Mi fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fabricante de la vacuna:

- Johnson & Johnson/Janssen (1 dosis)  
 Moderna (2 dosis)  
 Pfizer (2 dosis)  
 Otra (escriba el nombre del fabricante): \_\_\_\_\_

Fecha(s) en que se administró la vacuna (escriba la fecha de la primera dosis y, si corresponde, la fecha de la segunda dosis): \_\_\_\_\_

- Rechazo vacunarme y declaro que soy una persona elegible para recibir una excepción.** No quiero vacunarme y cumplo con uno de los dos criterios establecidos en el Mandato del Oficial de Salud C19-07 para que se haga una excepción respecto a mi vacunación. Entiendo que tengo la obligación de cumplir con los requisitos para los miembros del Personal que no están Completamente Vacunados, a menos que o hasta que esté completamente vacunado. **Tenga en cuenta:** Los empleados que escojan esta opción deben consultar el Mandato para conocer los requisitos específicos y obtener una muestra del formulario de rechazo a la vacuna en [www.sfdph.org/dph/alerts/files/C19-](https://www.sfdph.org/dph/alerts/files/C19-)

[07-Safer-Return-Together-Health-Order.pdf](#). Para que la solicitud de rechazo se considere completa, deben presentarse todos los formularios requeridos, incluyendo una Declaración de ratificación firmada por un proveedor de servicios médicos. Se considera que los miembros del Personal incumplen el programa de vacunación si no llenan, firman y presentan todos los formularios y documentos pertinentes.

### **Sección 2– Firma y declaración**

*[Todos los miembros del Personal o empleados que llenen cualquiera de las secciones que aparecen en este formulario deben completar la siguiente Sección]*

Declaro que las declaraciones hechas en la Sección 1 que aparece anteriormente son verdaderas y correctas.

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

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

Nombre: \_\_\_\_\_

Lugar (ciudad y estado) donde se firma la presente: \_\_\_\_\_

*NOTA: Este formulario de muestra se ofrece a modo de ejemplo y no como asesoramiento legal para ningún Negocio. Cualquier Negocio que implemente un programa de vacunación debe consultar a su propio asesor legal con respecto al contenido de dicho programa. Sin embargo, como se indica en las Secciones 4 y 6, y en el Apéndice B del Mandato del Oficial de Salud n.º C19-07y (incluso cuando dicho mandato se actualice en el futuro), el programa de vacunación requerido para el Personal de los Entornos de Alto Riesgo, el Personal de ciertos entornos adicionales de atención médica y el personal de ciertos Negocios en espacios interiores debe incluir una verificación de su estado de vacunación en el que se responda a las preguntas incluidas en este formulario de muestra.*

## **FORMULARIO DE RECHAZO A LA VACUNACIÓN OBLIGATORIA CONTRA EL COVID-19**

Como se indica en las Secciones 4 y 6, y en el Apéndice B del Mandato del Oficial de Salud n.º C19-07y (incluso cuando dicho mandato se actualice en el futuro), todo miembro del Personal o empleado que trabaje en Entornos de Alto Riesgo, en ciertos entornos de atención médica y en ciertos Negocios en espacios interiores de la Ciudad y el Condado de San Francisco está obligado a estar completamente vacunado contra el COVID-19. Tal y como lo señala la Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo de Estados Unidos y el Departamento de Empleo y Vivienda Justa de California, cualquier persona que tenga (1) una afección o una discapacidad que le impida vacunarse o (2) una creencia, práctica u observancia religiosa sincera que le impida vacunarse puede tener derecho a una adaptación razonable.<sup>1</sup> De acuerdo con el Mandato n.º C19-07, los operadores de estos negocios deben verificar el estado de vacunación de todos los miembros del Personal o empleados, y pueden permitir que los miembros del Personal o empleados que cumplan con los criterios de exención rechacen la vacunación obligatoria y, en su lugar, cumplan con los requisitos obligatorios para las personas no vacunadas que se enumeran en el Mandato (los cuales incluyen el uso de una Mascarilla Bien Ajustada en todo momento, excepto cuando se come o bebe activamente, y la realización de Pruebas semanales. Consulte el Mandato para conocer los requisitos específicos). El Mandato n.º C19-07 no limita la capacidad de cualquier Negocio o entidad gubernamental bajo la ley aplicable para determinar si permite exenciones, si cualquier persona que solicita una exención cumple con los criterios de exención, o si es capaz de ofrecer una adaptación razonable al Personal con una exención aprobada.

*Instrucciones:* Todos los miembros del Personal o empleados deben completar por separado una Declaración del estado de vacunación (disponible en [www.sfdph.org/dph/alerts/files/C19-07-Safer-Return-Together-Health-Order.pdf](http://www.sfdph.org/dph/alerts/files/C19-07-Safer-Return-Together-Health-Order.pdf)), a menos que el operador del negocio obtenga la información requerida de otra manera. Todos los miembros del Personal o empleados que rechacen la vacunación deben completar también la Sección 1 (rechazo a la vacuna) y la Sección 2 (firma) que aparecen en este formulario. **Tenga en cuenta:** Los miembros del Personal y los empleados que opten por la opción de rechazar la vacuna deben llenar todos los formularios pertinentes. Para que la solicitud de rechazo se considere completa, deben presentarse todos los formularios requeridos, incluyendo si fuera necesario, una Declaración de ratificación firmada por un proveedor de servicios médicos. Se considera que los miembros del

---

<sup>1</sup> Para obtener más información, consulte: [www.eeoc.gov/wysk/what-you-should-know-about-covid-19-and-ada-rehabilitation-act-and-other-eeo-laws](http://www.eeoc.gov/wysk/what-you-should-know-about-covid-19-and-ada-rehabilitation-act-and-other-eeo-laws) y [www.dfeh.ca.gov/wp-content/uploads/sites/32/2020/03/DFEH-Employment-Information-on-COVID-19-FAQ\\_ENG.pdf](http://www.dfeh.ca.gov/wp-content/uploads/sites/32/2020/03/DFEH-Employment-Information-on-COVID-19-FAQ_ENG.pdf).

Personal y los empleados incumplen el programa de vacunación si no llenan, firman y entregan todos los formularios y documentos pertinentes.

### Sección 1. Rechazo a la vacuna

*[Todos los miembros del Personal o empleados que deseen conseguir una excepción para la vacunación deben completar esta Sección]*

Al completar esta Sección 1, declaro que no puedo recibir la vacuna contra el COVID-19 con base en lo siguiente (seleccione todo lo que corresponda):

- Adaptación por razones médicas/discapacidad: Tengo una afección o una discapacidad que me impide recibir cualquiera de las vacunas contra el COVID-19.  
*NOTA*: Para ser elegible para recibir esta excepción, entiendo que también debo presentar ante mi empleador (o el Negocio donde trabajo como voluntario) una declaración por escrito firmada por un **médico, un enfermero especializado u otro profesional de la salud acreditado que realice su labor bajo la licencia de un médico**, en la que se indique que reúno las condiciones para recibir la excepción (sin embargo, la declaración escrita no debe contener la descripción de la afección preexistente o discapacidad) y debe indicar la probable duración de mi incapacidad para recibir la vacuna (o indicar si se desconoce la duración o es permanente, si corresponde). Puede utilizar la siguiente página de este formulario para tales fines.
  
- Adaptación por motivos de creencia religiosa: Mantengo una creencia, una práctica u observancia religiosa sincera que me impide recibir cualquiera de las vacunas contra el COVID-19 autorizadas o aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).

### Sección 2. Firma y declaración

*[Todos los miembros del Personal o empleados que llenen cualquiera de las secciones de este formulario deben completar esta Sección]*

Declaro que las declaraciones hechas en la Sección 1 que aparece anteriormente son verdaderas y correctas.

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

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

Nombre: \_\_\_\_\_

Lugar (ciudad y estado) donde se firma la presente: \_\_\_\_\_



RECHAZO A LA VACUNACIÓN OBLIGATORIA CONTRA EL COVID-19

Declaración de ratificación del proveedor de servicios  
médicos

Para que una persona que trabaja, presta servicios o se ofrece como voluntario en Entornos de Alto Riesgo, ciertos entornos adicionales de atención médica y ciertos negocios en espacios interiores de la Ciudad y Condado de San Francisco solicite que se le conceda una Adaptación por Razones Médicas/Discapacidad debido al requisito obligatorio de vacunarse contra el COVID-19, su proveedor de servicios médicos (solamente un médico, enfermero especializado u otro profesional médico acreditado que realice su labor bajo la licencia de un médico) debe completar el siguiente formulario para presentarlo ante el empleador de la persona o el lugar donde dicha persona se ofrece como voluntario. *NOTA: No declare la índole de la afección subyacente o discapacidad.*

Nombre de la persona que solicita la excepción  
por razones médicas/discapacidad: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de la persona que solicita la excepción: \_\_\_\_\_

Nombre del médico, enfermero especializado,  
u otro profesional médico certificado que  
realice su labor bajo la licencia de un médico: \_\_\_\_\_

Duración anticipada de la afección/discapacidad  
(o indique si se desconoce la duración o es permanente): \_\_\_\_\_

Al completar y firmar este formulario, certifico que el cliente/paciente cuyo nombre se menciona arriba no debe recibir la vacuna contra el COVID-19 debido a (*explique aquí la contraindicación específica para la vacuna, pero **no** especifique la afección subyacente o discapacidad. Adjunte una página o declaración por separado en caso de ser necesario*):

---

---

---

Certifico que la información anterior es verdadera y certera, y solicito una excepción para recibir la vacuna contra el COVID-19 para la persona antes mencionada.

Firmado por: \_\_\_\_\_

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

Número de licencia: \_\_\_\_\_

Información de contacto (dirección y número telefónico): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si se trata de un enfermero especializado que realiza su labor bajo la licencia de un médico,

Escriba el nombre y número de licencia del médico: \_\_\_\_\_

*TANDAAN: Ang halimbawa ng form na ito ay ibinigay bilang halimbawa at hindi legal na payo sa anumang Negosyo. Anumang Negosyo na nagpapatupad ng programa sa pagbabakuna ay dapat kumunsulta sa sarili nitong legal na tagapayo tungkol sa nilalaman ng lahat ng programa. Ngunit, gaya ng binalangkas ng Seksyon 4, 6, at Appendix B sa Kautusan ng Opisyal ng Pangkalusugan Blg. C19-07y (kabilang ang pagbabago ng kautusan na iyon sa pagganap), ang mga programa ng pagbabakuna para sa Mga Tauhan sa Mga Lugar na Mataas ang Panganib, Mga Tauhan sa ilang karagdagang kalusugan sa mga lugar ng pangangalaga, at mga kawani sa kanilang mga panloob na Negosyo ay dapat magsama ng pagtiyak ng katayuan ng pagbabakuna at pagbibigay ng opsyon sa pagtanggap na tumutugon sa mga isyung kasama sa halimbawa ng form na ito.*

### **COVID-19 NA PANGKALAHATANG PAGBUBUNYAG NA FORM**

Katulad ng nakasaad sa Seksyon 4, 6, at Appendix B sa Kautusan ng Opisyal ng Pangkalusugan Blg. C19-07y (kabilang ang pagbabago ng kautusan na iyon sa hinaharap), lahat ng Tauhan o kawani na nagtatrabaho sa Mga Lugar na Mataas ang Panganib, ilang karagdagang lugar ng pangangalagang pangkalusugan, at ilang mga panloob na Negosyo sa Lungsod at Lalawigan ng San Francisco ay kinakailangang ganap na mabakunahan para sa COVID-19. Katulad ng binanggit ng United States Equal Employment Opportunity Commission at California Department of Employment and Fair Housing, sinumang tao na mayroong (1) kondisyong medikal o kapansanan na pumipigil sa pagkuha ng bakuna o (2) isang taos-pusong paniniwala, kasanayan, o relihiyon. Ang pagsunod na pumipigil sa tao sa pagkuha ng bakuna ay maaaring may karapatan sa isang makatwirang akomodasyon. Sa ilalim ng Kautusan C19-07, dapat tiyakin ng mga tagapamahala ng mga negosyong ito ang katayuan ng pagbabakuna ng lahat ng Tauhan o kawani at maaaring kailanganin na payagan ang mga Tauhan o kawani na nakakatugon sa pamantayan para sa eksempsyon na tanggihan ang pangkalahatang pagbabakuna at sa halip ay sundin ang pangkalahatang mga kinakailangan para sa hindi nabakunahan na mga indibidwal na nakalista sa Kautusan (na kinabibilangan ng pagsusuot ng Well-Fitted Mask sa lahat ng oras maliban sa kapag aktibong kumakain o umiinom at sinusuri linggu-linggo—sumangguni sa Kautusan para sa mga partikular na kinakailangan at isang Sample Employee Declination Form na makikita sa [www.sfdph.org/dph/alerts/files/C19-07-Safer-Return-Together-Health-Order.pdf](http://www.sfdph.org/dph/alerts/files/C19-07-Safer-Return-Together-Health-Order.pdf)).

*Mga Direksiyon:* Dapat kumpletuhin ng lahat ng Tauhan o kawani ang Seksyon 1 (Pagsisiwalat ng Katayuan ng Pagbabakuna) sa ibaba maliban kung makuha ng tagapamahala ng negosyo ang kinakailangang impormasyon, at dapat din kumpletuhin ng sinumang kukumpleto sa Seksyon 1 ang Seksyon 2 (Lagda)

---

Para sa higit pang impormasyon, tingnan sa [www.eeoc.gov/wysk/what-you-should-know-about-covid-19-and-ada-rehabilitation-act-and-other-eeo-laws](http://www.eeoc.gov/wysk/what-you-should-know-about-covid-19-and-ada-rehabilitation-act-and-other-eeo-laws) at [www.dfeh.ca.gov/wp-content/uploads/sites/32/2020/03/DFEH-Employment-Information-on-COVID-19-FAQ\\_ENG.pdf](http://www.dfeh.ca.gov/wp-content/uploads/sites/32/2020/03/DFEH-Employment-Information-on-COVID-19-FAQ_ENG.pdf).

## **Seksyon 1 – Pagbubunyag ng Katayuan ng Pagbabakuna**

[Dapat kumpletuhin ng lahat ng Tauhan o kawani ang Seksyon na ito]

Ang bawat tagapamahala ng Lugar na Mataas ang Panganib at ilang karagdagang pangangalagang pangkalusugan at panloob na mga lugar ng negosyo sa Lungsod at Lalawigan ng San Francisco ay inaatasan ng Kautusan ng Opisyal ng Pangkalusugan Blg. C19-07 upang tiyakin ang katayuan ng pagbabakuna ng lahat ng Tauhan (kabilang ang mga empleyado, kontratista, at mga boluntaryo) o, kung naaangkop, ang mga tauhan na maaaring regular na nagtatrabaho sa lugar o na sa kurso ng kanilang mga tungkulin ay maaaring pumasok o magtrabaho sa ilang mga lugar, at lahat ng naturang Tauhan o kawani ay kinakailangang isiwalat ang kanilang katayuan sa pagbabakuna. Mangyaring kumpletuhin ang seksyong ito upang maibigay ang iyong katayuan sa pagbabakuna. Ang impormasyong ito ay dapat panatilihin kumpidensyal ng entity na naaayon sa mga batas na pribado. *Lagyan ng check lamang ang isang kahon sa seksyong itosection:*

- Gusto kong mabakunahan Hindi pa ako nakakatanggap ng bakuna para sa COVID-19 at nais kong makakuha ng impormasyon tungkol sa nabakunahan na. Naiintindihan ko na kakailanganin kong baguhin ang form na ito kapag nakumpleto na ang aking pagbabakuna, at hanggang doon ay kakailanganin kong sumunod sa mga kondisyon para sa Mga Tauhan na hindi Ganap na Nabakunahan. Higit pang impormasyon tungkol sa pagbabakuna ay makikita sa [sf.gov/covid-19-vaccine-san-francisco](https://sf.gov/covid-19-vaccine-san-francisco).
- Ako ay nasa proseso ng pagpapabakuna. Sinimulan ko ang proseso ng pagtanggap ng isang serye ng bakuna / bakuna para sa COVID-19. Hanggang sa dalawang linggo pagkatapos ng pangwakas na dosis, naiintindihan ko na hihilingin ko na sumunod sa mga kundisyon para sa Tauhan na Hindi Ganap na Nabakunahan at kailangan kong baguhin ang form na ito kapag kumpleto na ang aking pagbabakuna.

Ang petsa kung kailan inaasahan kong maging ganap nabakunahan (2 linggo pagkatapos ng huling dosis) ay: \_\_\_\_\_

- Ako ay Ganap na Nabakunahan. Nakumpleto ko na ang aking proseso ng pagbabakuna sa COVID-19. Nasa ibaba ang impormasyon tungkol sa aking serye ng pagbabakuna:

Ang aking petsa ng kapanganakan: \_\_\_\_\_

Tagagawa ng bakuna:

- Johnson & Johnson/Janssen (1 dosis)
- Moderna (2 dosis)
- Pfizer (2 dosis)
- Iba pa (listahan ng gumagawa): \_\_\_\_\_

Petsa (mga) ng pangangasiwa ng bakuna (petsa ng listahan ng unang dosis at, kung naaangkop, pangalawang dosis): \_\_\_\_\_

- Tumanggi akong mabakunahan at kwalipikado ako para sa isang eksemplasyon. Hindi ko nais na mabakunahan at matugunan ang isa sa dalawang pamantayan para sa pagbubukod sa pagbabakuna sa Health Officer Order C19-07. Naiintindihan ko na kakailanganin kong sumunod sa mga kondisyon para sa mga Tauhan o kawani na hindi Ganap na Nabakunahan maliban kung o hanggang sa ako ay ganap na mabakunahan. **Paalala:** ang mga empleyadong pipili ng opsyong ito ay dapat sumangguni sa Kautusan para sa mga

partikular na kinakailangan at isang Sample Employee Declination Form na makikita sa [www.sfdph.org/dph/alerts/files/C19-07-Safer-Return-Together-Health-Order.pdf](http://www.sfdph.org/dph/alerts/files/C19-07-Safer-Return-Together-Health-Order.pdf). Ang lahat ng kinakailangan na form – kasama kung saan naaangkop ang isang nilagdaang Healthcare Provider Supporting Statement – ay dapat ibigay bago ang isang kahilingan para sa pagtanggì ay ituring na kumpleto. Itinuturing ang mga tauhan na hindi sumusunod sa programa ng pagbabakuna kung mabigo silang ganap na punan, lagdaan, at isumite ang lahat ng naaangkop na mga form at dokumento.

**Seksyon 2 – Lagda at Pagpapatunay**

*[Ang lahat ng Tauhan o kawani na kumukumpleto sa alinmang seksyon ng form na ito ay dapat kumpletuhin ang Seksyon na ito]*

Pinagtibay ko na ang (mga) pahayag sa Seksyon 1 sa itaas ay totoo at tama.

Lagda: \_\_\_\_\_

Petsa: \_\_\_\_\_

Nakalimbag na pangalan: \_\_\_\_\_

Lokasyon (Lungsod at Estado) kung saan nilagdaan: \_\_\_\_\_

*TANDAAN: Ang halimbawa na form na ito ay ibinigay bilang halimbawa at hindi legal na payo sa anumang Negosyo. Anumang Negosyo na nagpapatupad ng programa sa pagbabakuna ay dapat kumunsulta sa sarili nitong legal na tagapayo tungkol sa nilalaman ng anumang naturang programa. Ngunit, gaya ng binalangkas ng Seksyon 4, 6, at Appendix B sa Kautusan ng Opisyal ng Pangkalusugan Blg. C19-07y (kabilang ang pagbabago ng kautusan na iyon sa hinaharap), ang kinakailangang programa ng pagbabakuna para sa Mga Tauhan sa Mga Lugar na Mataas ang Panganib, Mga Tauhan sa ilang karagdagang kalusugan sa mga lugar ng pangangalaga, at mga kawani sa ilang mga panloob na Negosyo ay dapat magsama ng pagtiyak ng katayuan ng pagbabakuna at pagbibigay ng opsyon sa pagtanggap na tumutugon sa mga isyung kasama sa halimbawa na form na ito.*

## **COVID-19 NA PANGKALAHATANG PAGPAPAHAYAG NA FORM**

Katulad ng nakasaad sa Seksyon 4, 6, at Appendix B sa Kautusan ng Opisyal ng Pangkalusugan Blg. C19-07y (kabilang ang pagbabago ng kautusan na iyon sa hinaharap), lahat ng Tauhan o kawani na nagtatrabaho sa Mga Lugar ng Mataas ang Panganib, ilang karagdagang lugar ng pangangalagang pangkalusugan, at ilang mga panloob na Negosyo sa Lungsod at Lalawigan ng San Francisco ay kinakailangang ganap na mabakunahan para sa COVID-19. Gaya ng binanggit ng United States Equal Employment Opportunity Commission at California Department of Employment and Fair Housing, sinumang tao na mayroong (1) kondisyong medikal o kapansanan na pumipigil sa pagkuha ng bakuna o (2) isang taos-pusong paniniwala, kasanayan, o relihiyon. Ang pagsunod na pumipigil sa tao sa pagkuha ng bakuna ay maaaring may karapatan sa isang makatwirang akomodasyon. Sa ilalim ng Kautusan Blg. C19-07, dapat tiyakin ng mga tagapamahala ng mga negosyong ito ang katayuan ng pagbabakuna ng lahat ng Tauhan o kawani at maaaring pahintulutan ang mga Tauhan o kawani na nakakatugon sa pamantayan para sa eksempsyon na tanggihan ang pangkalahatang pagbabakuna at sa halip ay sundin ang mga pangkalahatan na kinakailangan para sa hindi nabakunahan na mga indibidwal na nakalista sa Kautusan (na kinabibilangan ng pagsusuot ng Well-Fitted Mask sa lahat ng oras maliban sa kapag aktibong kumakain o umiinom at Sinusuri linggu-linggo—sumangguni sa Kautusan para sa mga partikular na kinakailangan). Hindi nililimitahan ng Kautusan Blg. C19-07 ang kakayahan ng alinmang Negosyo o entity ng pamahalaan sa ilalim ng naaangkop na batas upang matukoy kung papayagan ang mga eksempsyon, kung ang sinumang tao na humihingi ng eksempsyon ay nakakatugon sa mga pamantayan, o kung kaya nitong mag-alok ng makatwirang akomodasyon sa Mga Tauhan na may inaprubahang eksempsyon.

*Mga Direksiyon:* Dapat kumpletuhin ng lahat ng Tauhan o kawani ang isang hiwalay na Paghahayag ng Katayuan ng Pagbabakuna (makikita sa [www.sfdph.org/dph/alerts/files/C19-07-Safer-Return-Together-Health-Order.pdf](http://www.sfdph.org/dph/alerts/files/C19-07-Safer-Return-Together-Health-Order.pdf)) maliban kung makuha ng tagapamahala ng negosyo ang kinakailangang impormasyon. Ang sinumang Tauhan o kawani na naglalayong tanggihan ang pagbabakuna ay dapat ding kumpletuhin ang Seksyon 1 (Pagtanggap sa Bakuna) at Seksyon 2 (Lagda) ng form na ito. **Paalala:** Ang mga tauhan at kawani na pipili na ituloy ang opsyon sa pagtanggap ay dapat punan ang lahat ng naaangkop na mga form. Ang lahat ng kinakailangang mga form - kabilang, kung naaangkop ang isang nilagdaang Pahayag na Sumusuporta sa Provider ng Pangangalagang Pangkalusugan - ay dapat ibigay bago ang isang kahilingan para sa pagtanggap ay ituring na kumpleto. Ang mga tauhan at kawani ay itinuturing na hindi sumusunod sa programa ng pagbabakuna kung hindi nila ganap na punan, lagdaan, at isumite ang lahat ng naaangkop na mga form at dokumento.

### **Seksyon 1 – Pagpapahayag ng Pagbabakuna**

*[Ang lahat ng Tauhan o kawani na humihingi ng eksempsyon sa pagbabakuna ay dapat kumpletuhin ang Seksyon na ito]*

Sa pamamagitan ng pagkumpleto sa Seksyon 1 na ito, ipinapahayag ko na hindi ako mababakunahan para sa COVID-19 sa sumusunod na batayan (lagyan ng tsek ang lahat ng naaangkop):

- Medical/Disability Accommodation:** Mayroon akong medikal na kondisyon o kapansanan na pumipigil sa akin na kumuha ng anumang bakuna para sa COVID-19.  
TANDAAN: Upang maging karapat-dapat para sa exemption na ito, naiintindihan ko na dapat din akong magbigay sa aking tagapag-empleyo (o sa Negosyo kung saan ako nagtatrabaho o nagboluntaryo) ng isang nakasulat na pahayag na nilagdaan ng isang **doktor, nurse practitioner, o iba pang lisensyadong medikal na propesyonal na nagsasanay sa ilalim ng lisensya ng isang manggagamot**, na nagsasaad na ako ay kwalipikado para sa eksempsyon (ngunit hindi dapat ilarawan ng nakasulat na pahayag ang pinagbabatayan na kondisyong medikal o kapansanan) at nagpapahiwatig ng posibleng tagal ng aking kawalan ng kakayahan na matanggap ang bakuna (o kung ang tagal ay hindi alam o permanente, kaya ipahiwatig). Maaari kong gamitin ang susunod na pahina ng form na ito para sa layuning iyon.
- Akomodasyon sa Relihiyosong Paniniwala:** Mayroon akong taos-pusong paniniwala, kasanayan, o pagsunod sa relihiyon na pumipigil sa akin sa pagkuha ng alinman sa mga pinahintulutan o inaprubahan ng FDA na mga bakunang COVID-19.

### **Seksyon 2 – Lagda at Pagpapatunay**

*[Ang lahat ng Tauhan o kawani na humihingi ng eksempsyon sa pagbabakuna ay dapat kumpletuhin ang Seksyon na ito]*

Pinagtatibay ko na ang (mga) pahayag sa Seksyon 1 sa itaas ay totoo at tama.

Lagda: \_\_\_\_\_

Petsa: \_\_\_\_\_

Nakalimbag na pangalan: \_\_\_\_\_

Lokasyon (Lungsod at Estado) kung saan nilagdaan: \_\_\_\_\_

PANGKALAHATANG PAGPAPAHAYAG NA FORM SA COVID-19  
Pahayag ng Pagsuporta sa Tagapagbigay ng Pangangalaga ng Kalusugan

Upang ang isang tao na nagtatrabaho, nagbibigay ng mga serbisyo, o mga boluntaryo sa Mga Lugar na Mataas ang Panganib, ilang karagdagang mga lugar ng pangangalagang pangkalusugan, at ilang mga panloob na negosyo sa Lungsod at Lalawigan ng San Francisco ay makapag-aplay upang maging kwalipikado para sa isang Medical/Disability Accommodation sa kinakailangan upang makatanggap ng pagbabakuna sa COVID-19, ang kanilang tagapagbigay ng pangangalaga ng kalusugan (isang doktor lamang, nurse practitioner, o iba pang lisensyadong medikal na propesyonal na nagsasanay sa ilalim ng lisensya ng isang manggagamot) ay dapat kumpletuhin ang sumusunod na form na ibibigay ng tao sa kanilang employer o iba pang lokasyon ng Negosyo kung saan nagtatrabaho sila o nagboluntaryo. *TANDAAN – Huwag sabihin ang likas na katangian ng pinagbabatayan na kondisyong medikal o kapansanandisability.*

Pangalan ng taong kailangan ng medikal/eksempsyon sa may kapansanan: \_\_\_\_\_

Petsa ng kapanganakan ng taong kailangan ng eksempsyon: \_\_\_\_\_

Pangalan ng physician, nurse practitioner, o iba pang lisensyado na propesyonal na manggagamot na nagsasanay: \_\_\_\_\_

Inaasahang tagal ng kondisyong medikal/kapansanan (o ipahiwatig kung ang tagal ay hindi alam o permanente): \_\_\_\_\_

Sa pamamagitan ng pagkumpleto at paglagda sa form na ito, pinatutunayan ko na ang aking kliyente/pasyente na nakalista sa itaas ay hindi dapat tumanggap ng bakuna sa COVID-19 dahil sa *(ipaliwanag ang partikular na kontraindikasyon sa pagbabakuna dito, ngunit huwag tukuyin ang pinagbabatayan na kondisyong medikal o kapansanan - maglakip ng isang hiwalay na papel o pahayag kung kinakailangan* \_\_\_\_\_

Pinatutunayan ko na totoo at tama ang impormasyon sa itaas, at humihiling ako ng exemption mula sa pagbabakuna sa COVID-19 para sa indibidwal na pinangalanan sa itaas.

Nilagdaan ni: \_\_\_\_\_

Petsa: \_\_\_\_\_

Numero ng lisensya: \_\_\_\_\_

Imposmasyon ng pakiki-ugnayan (tirahan at numero ng telepono): \_\_\_\_\_

Kung nagsasanay sa ilalim ng lisensya ng isang manggagamot, pangalan at numero ng lisensya ng manggagamot: \_\_\_\_\_