

## **Formulario de exención para el programa de prueba de COVID-19 de Lilly**

Eli Lilly and Company (“Lilly”) está prestando determinados servicios de recolección de muestras, evaluación de diagnóstico y de informe en conjunto con la COVID-19 (el “Programa de prueba”) como un servicio de examen a sus empleados y miembros de la comunidad determinados que Lilly considere que sean elegibles para la prueba. Lilly está ejecutando este Programa de evaluación en respuesta y en asociación con el Departamento de Salud del Estado de Indiana (Indiana State Department of Health, “ISDH”). Debido a que la prueba de la COVID-19 es relativamente nueva, aún hay muchas incógnitas acerca del virus y de la prueba para el virus. El Programa de prueba está hecho para dar a los empleados y miembros de la comunidad elegibles información para el uso en la determinación acerca de si deberían buscar un tratamiento médico adicional o tomar otras medidas, como realizar una cuarentena por decisión propia o autoaislarse, en un esfuerzo por prevenir la potencial propagación del virus a otros. El Programa de prueba no está previsto para proporcionar asesoramiento médico, ni lo hace, y se ruega que busque asesoramiento médico de parte de su médico.

Hay riesgos inherentes al Programa de prueba y a cualquier prueba de la COVID-19. Antes de continuar con el Programa de prueba, debe considerar lo siguiente:

- Si tiene problemas para respirar o está sufriendo un malestar severo, debe llamar al 911 o acudir a la sala de emergencias más cercana.
- Hay muchas incertidumbres sobre la transmisión de la COVID-19. Lilly ha incorporado en el Programa de prueba prácticas médicas habituales y protecciones razonables diseñadas para, entre otras cosas, evitar la transmisión del virus según los conocimientos actuales del virus y cómo se transmite. Sin embargo, Lilly no puede garantizar su salud ni que no se infectará con la COVID-19 durante o como resultado de su participación en el Programa de prueba.
- La muestra que usted suministre se evaluará como se describe arriba para que Lilly pueda compartir los resultados con usted, en parte, para evitar la potencial propagación del virus a otros. Además, su muestra puede volver a evaluarse una o varias veces en conjunto con esfuerzos relacionados con la COVID-19, que incluyen fines de investigación, fines científicos, de salud pública o fines relacionados y la información con respecto a dicha prueba se puede publicar en conexión con estos esfuerzos; no obstante, excepto según se describe en el presente, no publicaremos información que permita la identificación de su identidad específica.
- La prueba de la COVID-19 no es 100 % confiable, y existe la posibilidad de que la prueba le indique que ha sido infectado con la COVID-19 cuando no haya sido así (un “falso positivo”) o que no ha sido infectado con la COVID-19 cuando en realidad sí lo haya sido (un “falso negativo”).
- Si el resultado de su prueba es positivo, es posible que por ley Lilly deba informar ese resultado a determinados organismos de salud pública, como el Departamento de Salud del Estado de Indiana y los Centros para el Control y Prevención de las Enfermedades. Además, la información que comparta se puede utilizar y divulgar de manera consistente con el Aviso de prácticas de privacidad que se le proporcionó.
- Lilly ha incorporado en el Programa de prueba protecciones razonables destinadas a proteger la confidencialidad de su información de salud. Sin embargo, Lilly no puede

garantizar que su información se mantendrá confidencial; es posible que se pueda divulgar inadvertidamente a otros.

- Lilly no puede proporcionar tratamiento para la COVID-19 para usted o sus síntomas y no está proporcionándole asesoramiento médico. Usted es y seguirá siendo responsable de buscar un tratamiento apropiado según los resultados de la prueba. También es posible que su médico u otro profesional del cuidado de la salud pueda querer realizar una segunda prueba.

Si, después de considerar esta información, desea participar en el Programa de prueba, lea la disposición de exención y de indemnización a continuación y firme este documento para reconocer que comprende y acepta todos sus términos.

He sido informado sobre los riesgos inherentes de la participación en el “Programa de prueba” patrocinado por Lilly. Sin embargo, deseo participar del Programa de prueba, y en contraprestación de que se me permita participar en el Programa de prueba, mediante el presente, eximo, libero y acepto no demandar a Lilly, sus subsidiarias y afiliadas o a todos sus actuales o anteriores representantes, administradores, funcionarios, empleados, voluntarios, agentes, patrocinadores, directores, accionistas, socios, predecesores, sucesores, compradores y cesionarios, ni a ninguna otra persona que yo pueda reclamar que sea responsable de algún supuesto daño, y, si corresponde, a los propietarios y arrendadores de las instalaciones en las cuales tenga lugar el Programa de prueba, (cada uno considerado una “Parte eximida”) de toda responsabilidad, reclamo, demanda, pérdida o daños en mi cuenta causados o supuestamente causados en forma total o parcial por las acciones de las Partes eximidas, por negligencia o de otra forma, hasta el máximo punto permitido por la ley. Comprendo que he renunciado a derechos sustanciales aceptando estos términos y lo he hecho libremente y sin ninguna incitación ni garantía de ninguna naturaleza y pretendo que sea una exención completa e incondicional de toda responsabilidad hasta el máximo punto permitido por la ley. Asimismo, si alguna parte de esta exención se considerara inválida, el resto continuará en plena vigencia y efecto. Este acuerdo se registrará e interpretará de acuerdo con las leyes del estado de Indiana. Si se promueve cualquier acción para hacer cumplir este acuerdo, doy mi consentimiento para la jurisdicción y el fuero de los tribunales en el condado de Marion, Indiana.

Además, reconozco que en caso de que revise y firme este acuerdo de forma electrónica (y no en papel), mi firma electrónica tendrá la misma validez legal que mi firma manuscrita.

---

Nombre (en letra de imprenta)

---

Fecha

---

Firma del paciente

---

Firma del representante personal  
(obligatorio si el sujeto es menor de 18 años)

---

Descripción de la relación con el paciente