

Nombre del Cliente, Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Formulario de Consentimiento de Vacunación

Nombre del cliente _____

Apellido del cliente _____

Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA) ____/____/____

Proveedor de Atención Primaria _____

El cliente es (*seleccione una opción*):

- ☐ Yo mismo
- ☐ Hijo o dependiente

El cliente (*seleccione uno o más*):

- ☐ Tiene seguro privado
- ☐ Tiene Husky/Medicaid
- ☐ No tiene seguro
- ☐ Es indígena estadounidense o nativo de Alaska

Nombre del Padre/Madre/Tutor (si el cliente es menor de 18 años)

Nombre del Padre/Madre/Tutor Legal _____

Apellido del Padre/Madre/Tutor Legal _____

Teléfono del Padre/Madre/Tutor Legal _____

Escuela a la que Asiste el Cliente _____

Grado/Maestro/a _____

Marque todas las vacunas que se administrarán:

- ☐ DTaP: difteria, tétanos, tos ferina https://www.immunize.org/wp-content/uploads/vis/spanish_dtap.pdf
- ☐ Hepatitis A https://www.immunize.org/wp-content/uploads/vis/spanish_hepatitis_a.pdf
- ☐ Hepatitis B https://www.immunize.org/wp-content/uploads/vis/spanish_hepatitis_b.pdf
- ☐ Hib: Haemophilus influenzae tipo b https://www.immunize.org/wp-content/uploads/vis/spanish_hib.pdf
- ☐ HPV-9: virus del papiloma humano https://www.immunize.org/wp-content/uploads/vis/spanish_hpv.pdf
- ☐ IPV: polio https://www.immunize.org/wp-content/uploads/vis/spanish_polio_ipv.pdf

- ☐ Meningocócica ACWY https://www.immunize.org/wp-content/uploads/vis/spanish_meningococcal.pdf
- ☐ Meningocócica B https://www.immunize.org/wp-content/uploads/vis/spanish_meningococcal_b.pdf
- ☐ MMR: sarampión, paperas, rubéola https://www.immunize.org/wp-content/uploads/vis/spanish_mmr.pdf
- ☐ MMRV: sarampión, paperas, rubéola, varicela https://www.immunize.org/wp-content/uploads/vis/spanish_mmr_v.pdf
- ☐ PCV: vacuna conjugada contra el neumococo https://www.immunize.org/wp-content/uploads/vis/spanish_pcv.pdf
- ☐ Tdap: tétanos, difteria, tos ferina https://www.immunize.org/wp-content/uploads/vis/spanish_tdap.pdf
- ☐ Varicela https://www.immunize.org/wp-content/uploads/vis/spanish_varicella.pdf

Declaración de información sobre la vacuna

Consentimiento para Recibir Servicios

- ☐ He leído o me han explicado la información incluida en la(s) Declaración(es) de Información sobre las Vacunas seleccionadas anteriormente. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas a mi satisfacción. Considero que comprendo los beneficios y riesgos de las vacunas y solicito que se me administre la dosis y/o serie de vacunas a mí o a la persona mencionada anteriormente, para quien estoy autorizado/a a realizar esta solicitud. También doy permiso para que esta vacunación sea reportada al proveedor de atención primaria indicado anteriormente.

Firma del Padre/Madre/Tutor Legal (si el cliente es menor de 18 años)

Fecha (MM/DD/AAAA)

Nombre en Letra de Molde (Nombre y Apellido)

Firma

Firma del Cliente

Fecha (MM/DD/AAAA)

Nombre en Letra de Molde (Nombre y Apellido)

Firma
