

DEPARTAMENTO DE SALUD Y MEDIO AMBIENTE DEL CONDADO DE WELD

REGISTRO DE CONSENTIMIENTO PARA VACUNAS

Yo, _____ (escriba en letra de molde el nombre de la persona que firma abajo), doy mi consentimiento que se administre(n) la(s) vacuna(s) a la persona nombrada abajo.

REQUERIDO- marque cada vacuna que de su consentimiento para que se administre:

- Todas las vacunas recomendadas
- DTaP (difteria, tétano y tos ferina para niños menores de 7 años) Hepatitis A Hepatitis B
- HIB (haemofilus influenza, tipo B) HPV (Virus del Papiloma Humano) IPV (Polio) Influenza MMR
- Meningococcal Neumocócica Rotavirus Td Tdap (tétano, difteria y tos ferina) Varicela (viruela loca)
- Otro (Por favor anote cada vacuna) _____

He recibido y he leído la Declaración de Información sobre la Vacuna de los Centros para el Control de Enfermedades para cada vacuna indicada arriba. También he recibido el Cuestionario de Salud sobre Vacunas del Departamento de Salud del Condado de Weld, lo cual he completado acerca de la persona que va a recibir la(s) vacuna(s), y adjuntado con este registro de consentimiento para vacunas. Me han dado la oportunidad de repasar y recibir una copia de Noticia de la Póliza de Privacidad del Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente del Condado de Weld. Entiendo que este documento será guardado en el registro médico en el Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente del Condado de Weld.

Me han dado la oportunidad de hacer preguntas sobre cada Declaración de Información sobre la Vacuna, y mis preguntas fueron contestadas a mi satisfacción. Comprendo los beneficios y los riesgos de la(s) vacuna(s). Pido y doy mi consentimiento que la(s) vacuna(s) indicada(s) arriba sea(n) administrada(s) a la persona nombrada abajo, por quien me hago responsable. Descargo al Departamento de Salud del Condado de Weld y sus empleados de cualquier responsabilidad para cualquier resultado que pueda ocurrir a causa de la administración de la(s) vacuna(s) a la persona nombrada abajo.

* _____ *

Firma del padre, o tutor legal **Fecha de hoy**

* _____ *

Nombre de la persona que firma arriba. (Por favor escriba en letra de molde.)

Información acerca de la persona que recibirá la(s) vacuna(s).

(Por favor escriba en letra de molde).

Apellido	Primer Nombre	Inicial del Segundo	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	Edad
Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono

Este consentimiento sirve para **UNA** sola visita a la clínica.

Por favor pida otro consentimiento si su niño(a) vendrá a otra cita sin uno de los padres