



Nombre del estudiante/paciente

Fecha de nacimiento

Escuela

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS VACUNAS

He leído o me han leído información sobre las vacunas que se enumeran a continuación. Me han dado la(s) declaración(es) de información sobre las vacunas para las vacunas. Tuve la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s) que se administrará(n) y pido que se revise la(s) vacuna(s) para administrarla a mí o al paciente. También doy permiso para compartir mi registro de vacunación con centros o instituciones, que están obligados por ley a tener dichos registros y con mi(s) otro(s) proveedor(es) de atención médica. Entiendo que a mi seguro se le facturará por la visita y las vacunas administradas.

Fecha del VIS de	la vacuna
1. DTAP	_____
2. IPV	_____
3. MMR	_____
4. Varicela	_____
5. Tdap	_____
6. Meningocócica (ACWY)	_____
7. Virus del papiloma humano	_____
8. Hepatitis A	_____
9. Hepatitis B	_____
10. Meningococo B	_____

Firma del paciente u otra persona autorizada

Fecha