

Formulario para Apoderados para cita de Vacunación

He recibido una copia de la Hoja de Información Sobre Vacunas para cada vacuna marcada en la lista, la cual he leído o se me ha explicado. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y las han respondido a mi satisfacción. Yo entiendo los beneficios y riesgos de las vacunas solicitadas y pido que se las den a la persona nombrada debajo de quien yo soy el padre o tutor.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tétano/Difteria/Tos Ferina (Tdap) | <input type="checkbox"/> Influenza | <input type="checkbox"/> Hepatitis A (HepA) |
| <input type="checkbox"/> Rotavirus (RV) | <input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae tipo b (Hib) | <input type="checkbox"/> Hepatitis B (HepB) |
| <input type="checkbox"/> Difteria/Tétano/Tos Ferina (DTap) | <input type="checkbox"/> Vacuna Inactivada contra la Polio (IPV) | <input type="checkbox"/> Vacuna neumocócica conjugada (PCV13) |
| <input type="checkbox"/> Tétano/Difteria (Td) | <input type="checkbox"/> Sarampión/Paperas/Rubeola (MMR) | <input type="checkbox"/> Varicela (VAR) |
| <input type="checkbox"/> Virus del Papiloma Humano (VPH) | | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |
| <input type="checkbox"/> Meningocócicas (MCV) | | |

Información acerca de la persona que recibirá la vacuna (Por favor use letra de imprenta)						
Nombre: Apellido		Primer nombre		Segundo nombre	Fecha de Nacimiento	Edad
Dirección: Calle			Ciudad	Condado	Estado	Zip
<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Sin Seguro Médico	<input type="checkbox"/> Nativo Americano/ Alaska	<input type="checkbox"/> Su seguro no cubre vacunas		<input type="checkbox"/> Otro	
Médico:						
Firma del padre o tutor				Fecha		

Formulario para Apoderados para cita de Vacunación

He recibido una copia de la Hoja de Información Sobre Vacunas para cada vacuna marcada en la lista, la cual he leído o se me ha explicado. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y las han respondido a mi satisfacción. Yo entiendo los beneficios y riesgos de las vacunas solicitadas y pido que se las den a la persona nombrada debajo de quien yo soy el padre o tutor.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tétano/Difteria/Tos Ferina (Tdap) | <input type="checkbox"/> Influenza | <input type="checkbox"/> Hepatitis A (HepA) |
| <input type="checkbox"/> Rotavirus (RV) | <input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae tipo b (Hib) | <input type="checkbox"/> Hepatitis B (HepB) |
| <input type="checkbox"/> Difteria/Tétano/Tos Ferina (DTap) | <input type="checkbox"/> Vacuna Inactivada contra la Polio (IPV) | <input type="checkbox"/> Vacuna neumocócica conjugada (PCV13) |
| <input type="checkbox"/> Tétano/Difteria (Td) | <input type="checkbox"/> Sarampión/Paperas/Rubeola (MMR) | <input type="checkbox"/> Varicela (VAR) |
| <input type="checkbox"/> Virus del Papiloma Humano (VPH) | | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |
| <input type="checkbox"/> Meningocócicas (MCV) | | |

Información acerca de la persona que recibirá la vacuna (Por favor use letra de imprenta)						
Nombre: Apellido		Primer nombre		Segundo nombre	Fecha de Nacimiento	Edad
Dirección: Calle			Ciudad	Condado	Estado	Zip
<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Sin Seguro Médico	<input type="checkbox"/> Nativo Americano/ Alaska	<input type="checkbox"/> Seguro no cubre vacunas		<input type="checkbox"/> Otro	
Médico:						
Firma del padre o tutor				Fecha		