



NOMBRE :

DOB :

MRN :

ENUNCIADO INFORMATIVO Y CONSENTIMIENTO DE VACUNACION

Enfermero(a) o Asistente Medico Administrando la Vacuna:

DOS:

☐ Vacunas Multiples (DTaP / IPV / Hep B / Hib / PCV)	☐ Tdap
☐ DTaP	☐ Td
☐ IPV	☐ MenACWY
☐ Hep B	☐ MenB
☐ Hib	☐ HPV9
☐ Rotavirus	☐ Influenza Inactivada (IIV)
☐ PCV	☐ Influenza Viva Atenuada (LAIV)
☐ MMR	☐ Tifoidea
☐ Varicela	☐ Fiebre Amarilla
☐ MMRV	☐ Encefalitis Japonesa
☐ Hep A	☐ Rabia
☐ RSV	☐ Encefalitis transmitida por garrapatas
☐ PPSV23	☐ Otra

He recibido una copia de la Hoja Informativa de Vacunación (VIS-siglas en inglés) para cada vacuna emitida por los Centros para el Control de Enfermedades (CDC), que yo o mi niño deba recibir. Yo he leído o se me ha explicado la información sobre las enfermedades y vacunas anteriormente enumeradas. Yo he tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas acerca de las vacunas. Yo entiendo los riesgos y beneficios de las vacunas mencionadas y solicito que las vacunas anteriormente enumeradas le sean aplicadas a la persona cuyo nombre aparece en esta hoja y para quien yo estoy autorizado(a) a consentir esta solicitud.

Nombre del Apoderado o Tutor (En Letra de Molde) (si corresponde) _____

Nombre del Padre(s) de Familia / Paciente (En Letra de Molde) _____

Firma del Paciente / La Persona Otorgando Consentimiento _____ Fecha _____ Hora: _____

Yo soy el (marque con un circulo) Paciente Padre de Familia Apoderado Tutor

**Documentación de la Llamada al Padre de Familia o Tutor Legal
(Para pacientes acompañados por un adulto que no sea el padre de familia o el tutor legal)**

Llamada al padre de familia por: _____ Fecha / Hora: _____

Nombre del Padre de Familia: _____ Número de Teléfono al que se llamó: _____

¿El Padre de Familia autorizó al representante adulto a dar consentimiento? (por favor marque a continuación)

☐ Sí ☐ No contestó ☐ No