

Formulario de Consentimiento para Recibir Vacunas

Para participar en el programa de vacunación, complete todas las secciones a continuación.

SECCIÓN A: INFORMACIÓN PERSONAL		ESCUELA:					
Apellido		Primer Nombre		Inicial	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Dirección (incluya el número de apartamento, si es pertinente)			Ciudad		Estado	Área postal	
Padre/madre/guardián – por favor, escriba en letra de MOLDE.					Número de teléfono durante el día		
SECCIÓN B: HISTORIAL DE VACUNAS				SECCIÓN C: VACUNAS QUE SE NECESITAN			
HEPATITIS B (3 inyecciones) ____/____/____ Fecha de la inyección 1 ____/____/____ Fecha de la inyección 2 ____/____/____ Fecha de la inyección 3				HEPATITIS B: Me han dado una copia de la declaración de información de la vacuna contra la hepatitis B y entiendo los beneficios y riesgos de tal vacuna. Entiendo que es necesario ponerse las 3 dosis para estar completamente protegido. Por medio de la presente eximo a "Wellness Company" de toda responsabilidad al suministrar la vacuna o de los posibles efectos secundarios que la misma pudiera ocasionar. POR MEDIO DE LA PRESENTE PERMITO QUE A MI HIJO SE LE DÉ LA VACUNA CONTRA LA HEPATITIS B: Firma: _____			
MMR (2 inyecciones) ____/____/____ Fecha de la inyección 1 ____/____/____ Fecha de la inyección 2				MMR: Me han dado una copia de la declaración de información de la vacuna contra el sarampión – paperas – rubéola (MMR, por sus siglas en inglés) y entiendo los beneficios y riesgos de tal vacuna. Entiendo que es necesario ponerse las 2 dosis para estar completamente protegido. Por medio de la presente eximo a "Wellness Company" de toda responsabilidad al suministrar la vacuna o de los posibles efectos secundarios que la misma pudiera ocasionar. POR MEDIO DE LA PRESENTE PERMITO QUE A MI HIJO SE LE DÉ Firma: _____			
TDAP Or Td ____/____/____ Fecha de la inyección ____/____/____ Fecha de la inyección				TDAP: Me han dado una copia de la declaración de información de la vacuna contra el tétano – difteria – tos ferina (TDAP, por sus siglas en inglés) y entiendo los beneficios y riesgos de tal vacuna. Por medio de la presente eximo a "Wellness Company" de toda responsabilidad al suministrar la vacuna o de los posibles efectos secundarios que la misma pudiera ocasionar. POR MEDIO DE LA PRESENTE PERMITO QUE A MI HIJO SE LE DÉ LA VACUNA TDAP: Firma: _____			
MENINGITIS ____/____/____ Fecha de la inyección				MENINGITIS: Me han dado una copia de la declaración de información de la vacuna antimeningocócica (meningitis) y entiendo los beneficios y riesgos de tal vacuna. Por medio de la presente eximo a "Wellness Company" de toda responsabilidad al suministrar la vacuna o de los posibles efectos secundarios que la misma pudiera ocasionar. POR MEDIO DE LA PRESENTE PERMITO QUE A MI HIJO SE LE DÉ LA VACUNA CONTRA LA MENINGITIS: Firma: _____			
VARICELA (2 inyecciones) ____/____/____ Fecha de la inyección 1 ____/____/____ Fecha de la inyección 2 ____/____/____ Fecha en la que tuvo varicela				VARICELA: Me han dado una copia de la declaración de información de la vacuna contra la varicela y entiendo los beneficios y riesgos de tal vacuna. Entiendo que es necesario ponerse las 2 dosis para estar completamente protegido. Por medio de la presente eximo a "Wellness Company" de toda responsabilidad al suministrar la vacuna o de los posibles efectos secundarios que la misma pudiera ocasionar. POR MEDIO DE LA PRESENTE PERMITO QUE A MI HIJO SE LE DÉ LA VACUNA CONTRA LA VARICELA: Firma: _____			
POLIO (de 3 a 4 inyecciones) ____/____/____ Fecha de la inyección 1 ____/____/____ Fecha de la inyección 2 ____/____/____ Fecha de la inyección 3 ____/____/____ Fecha de la inyección 4				POLIO: Me han dado una copia de la declaración de información de la vacuna contra el polio y entiendo los beneficios y riesgos de tal vacuna. Entiendo que es necesario ponerse de 3 a 4 dosis para estar completamente protegido. Por medio de la presente eximo a "Wellness Company" de toda responsabilidad al suministrar la vacuna o de los posibles efectos secundarios que la misma pudiera ocasionar. POR MEDIO DE LA PRESENTE PERMITO QUE A MI HIJO SE LE DÉ LA VACUNA CONTRA EL POLIO: Firma: _____			
HPV (3 inyecciones) ____/____/____ Fecha de la inyección 1 ____/____/____ Fecha de la inyección 2 ____/____/____ Fecha de la inyección 3				EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH): Me han dado una copia de la declaración de información de la vacuna contra el virus del Papiloma Humano y entiendo los beneficios y riesgos de tal vacuna. Entiendo que es necesario ponerse 3 dosis para estar completamente protegido. Por medio de la presente eximo a "Wellness Company" de toda responsabilidad al suministrar la vacuna o de los posibles efectos secundarios que la misma pudiera ocasionar. POR MEDIO DE LA PRESENTE PERMITO QUE A MI HIJO SE LE DÉ LA VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH):: Firma: _____			
HEPATITIS A (2 inyecciones) ____/____/____ Fecha de la inyección 1 ____/____/____ Fecha de la inyección 2				HEPATITIS A: Me han dado una copia de la declaración de información de la vacuna contra la hepatitis A y entiendo los beneficios y riesgos de tal vacuna. Entiendo que es necesario ponerse 2 dosis para estar completamente protegido. Por medio de la presente eximo a "Wellness Company" de toda responsabilidad al suministrar la vacuna o de los posibles efectos secundarios que la misma pudiera ocasionar. POR MEDIO DE LA PRESENTE PERMITO QUE A MI HIJO SE LE DÉ LA VACUNA CONTRA LA HEPATITIS A: Firma: _____			
Rev 07/09							