

Consentimiento para administración de inmunización

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Al firmar a continuación, usted autoriza a UCFS a administrar las siguientes vacunas de acuerdo con los requisitos del Estado de Connecticut para ingreso escolar. Entiendo los riesgos y beneficios de esta(s) vacuna(s) y he tenido la oportunidad de hacer preguntas, que me respondieron satisfactoriamente y doy mi consentimiento para que mi hijo/a reciba las vacunas a continuación.

Firma de padre, madre o tutor \_\_\_\_\_

Tdap \_\_\_\_\_ Lote N.º \_\_\_\_\_

Polio \_\_\_\_\_ Lote N.º \_\_\_\_\_

Hepatitis B \_\_\_\_\_ Lote N.º \_\_\_\_\_

Hepatitis A \_\_\_\_\_ Lote N.º \_\_\_\_\_

MMR \_\_\_\_\_ Lote N.º \_\_\_\_\_

Menactra \_\_\_\_\_ Lote N.º \_\_\_\_\_

HPV \_\_\_\_\_ Lote N.º \_\_\_\_\_

Varicela \_\_\_\_\_ Lote N.º \_\_\_\_\_

Men B \_\_\_\_\_ Lote N.º \_\_\_\_\_

VIS entregados \_\_\_\_\_ Administrada por: \_\_\_\_\_

