

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 _____

MenQuadfi _____ Lote N.º _____

HPV _____ Lote N.º _____

Varicella _____ Lote N.º _____

Men B _____ Lote N.º _____

DTap _____ Lote N.º _____

Hib _____ Lote N.º _____

Prevnar _____ Lote N.º _____

Td _____ Lote N.º _____

Other _____ Lote N.º _____

VIS entregados _____ Administrada por: _____ Fecha _____