



**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.

Vacunas requeridas	Nombre de la vacuna	1° dosis	2° dosis	3° dosis	4° dosis	5° dosis	Vacunas requeridas	Nombre de la vacuna	1° dosis	2° dosis	3° dosis	4° dosis	5° dosis
	Tdap							Polio					
	Hep B							Hep A					
	MMR							MedQuadfi					
	VPH							Varicela					
	Mn B							DTaP					
	Hib							Prevnar					
	TD							Kinrix					
								Otra					

Nombre del padre o tutor en imprenta \_\_\_\_\_

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

Fecha de firma \_\_\_\_\_