



\_\_\_\_\_

*Estudiante/Paciente Nombre*

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VACUNAS

Leí o me leí información sobre las vacunas que figuran a continuación. Se me ha entregado la (s) Declaración (es) de Información sobre la Vacuna (s) para las vacunas. Tuve la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la (s) vacuna (s) que administrarán y solicito que se me administren la (s) vacuna (s) a mí o al paciente. También doy permiso para compartir mi registro de vacunación con instalaciones o instituciones, que por ley están obligadas a tener dichos registros y con mis otros proveedores de atención médica. Entiendo que se facturará a mi seguro por la visita y las vacunas administradas.

<b>Vacunas</b>	<b>VIS Fecha</b>
<input type="checkbox"/> DTAP	_____
<input type="checkbox"/> IPV	_____
<input type="checkbox"/> MMR	_____
<input type="checkbox"/> Varicella	_____
<input type="checkbox"/> Tdap	_____
<input type="checkbox"/> Meningococcal (ACWY)	_____
<input type="checkbox"/> HPV	_____
<input type="checkbox"/> Hepatitis A	_____
<input type="checkbox"/> Hepatitis B	_____
<input type="checkbox"/> Meningococcal B	_____

\_\_\_\_\_  
*Firma de la persona autorizada*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*