



FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO PARA VACINAÇÃO

Eu dou o meu consentimento para meu filho/a receber as seguintes vacinas (imunizações) no serviço de saúde baseado na escola oferecido pelo Edward M. Kennedy Community Health Center:

- | | | | |
|---|--|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Covid | <input type="checkbox"/> Vacina da Gripe | <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Outra |
| <input type="checkbox"/> Hepatite A | <input type="checkbox"/> Meningite | <input type="checkbox"/> Tétano e difteria | |
| <input type="checkbox"/> Hepatite B | <input type="checkbox"/> Tríplice Viral(MMR) | <input type="checkbox"/> Difteria, Tétano,
Coqueluche (Tdap) | |
| <input type="checkbox"/> Papilomavírus(HPV) | <input type="checkbox"/> Pneumocócica | <input type="checkbox"/> Catapora (Varicella) | |

Eu compreendo que se meu filho/a está recebendo uma série de vacinas e que ele/a necessita mais de uma dose num dado período de tempo, eu estou dando permissão para que receba todas as doses necessárias. Ademais declaro que recebi e li o Formulário de Informações sobre a Vacina (VIS) explicando os benefícios e riscos da vacinação.

Através a minha assinatura abaixo eu declaro estar ciente de que não tenho nenhuma dúvida ou preocupações para esclarecer com o Administrador da Vacina.

Nome do Aluno: _____

Data de Nascimento: _____ Grau: _____

Nome do Pai/Responsável: _____

Assinatura do Pai/Responsável

Data

Para esclarecimentos à cerca do serviço de saúde baseado na escola, telefone para (508) 595-1102