



FORMULARIO DE AUTORIZACION DE INMUNIZACION

Yo autorizo a mi hijo(a) a recibir las siguientes vacunas (inmunizaciones) en el Centro de Salud Escolar ofrecido por el Centro de Salud Edward M. Kennedy:

- | | | | |
|--------------------------------------|--|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Covid | <input type="checkbox"/> Influenza | <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Otra |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> MCV4/Menactra | <input type="checkbox"/> Tetano-Difteria (Td) | |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Vacuna Triple (MMR) | <input type="checkbox"/> Tetano-difteria-Tosferina (Tdap) | |
| <input type="checkbox"/> VPH (HPV) | <input type="checkbox"/> Neumococo | <input type="checkbox"/> Varicela | |

Yo entiendo que si mi niño(a) está recibiendo una serie de vacunas puede requerir más de una dosis durante cierto periodo y yo autorizo a que reciba todas las dosis requeridas. Yo he recibido y he leído la Información acerca de la(s) vacuna(s) en la que se explica los beneficios y riesgos de recibir la(s) vacuna(s).

Al firmar y poner mi nombre abajo hago constar que no tengo preguntas ni preocupaciones para discutir con la persona que administró la vacuna.

Nombre del Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____

Nombre del Padre o Tutor: _____

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Para preguntas acerca del Centro de Salud Escolar, llame al (508) 595-1102