

CLINICA DE ADOLESCENTES DEPARTAMENTO DE SALUD DE LA CIUDAD-CONDADO DE EAU CLAIRE

Autorización para Recibir Vacunas

La información recopilada en este formulario se utilizará para documentar la autorización para recibir las vacunas en la escuela de su hijo (a). La información se puede compartir a través del Registro de Vacunación de Wisconsin (WIR) con otros proveedores de atención médica directamente involucrados con su hijo (a) para asegurar que se complete el programa de vacunación.

Mi firma a continuación autoriza a mi hijo (a) a recibir humano esta vacuna: Marque todo lo que corresponda →		<input type="checkbox"/> Inyección de Influenza <input type="checkbox"/> Tdap (tétanos, difteria, tos ferina)		
Nombre del paciente (apellido, nombre, inicial del 2do nombre)		Nombre de la madre (apellido, nombre, inicial del 2do nombre)		
Dirección	Condado	Ciudad	Estado	Código postal
Numero de celular/ de casa	Edad y fecha de nac. (mm/dd/aaaa)	Genera <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Raza (Marque uno): <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco		Etnicidad <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano / pacífico <input type="checkbox"/> Otro		
Nombre del Medico		Nombre de la escuela		Grado
Nombre del padre/tutor responsable del paciente (apellido, nombre, inicial del 2do nombre)			Relación con el paciente	

Me han entregado una copia y he leído, o me han explicado, información sobre la enfermedad y la vacuna que debo recibir. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi entera satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna solicitada y solicito que la vacuna se administre a la persona por encima de la cual estoy autorizado para realizar esta solicitud. Doy permiso para compartir los registros de vacunación de mi hijo (a), incluidos los proporcionados a la(s) escuela(s), con el Registro de vacunación de Wisconsin y mi proveedor de vacunación con el fin de mantener un registro completo y precise para ayudar a garantizar la vacunación completa. Marque aquí SOLAMENTE si NO da su permiso.

FIRMA - (Padre o Tutor para menores de 18 años)	Fecha
--	--------------

PARA USO DE OFICINA				
Vaccine	Route	Site	Dose	Mfr/Lot No.
Influenza	IM	RV LV RD LD	1 2	
Tdap	IM	RV LV RD LD	1	
Signature and Title of person administering vaccine:			Date:	
School Clinic Site (circle one):				
DMS	NSMS	SMS	FALL CREEK	NHS
AUGUSTA SENIOR/COMMUNITY				