



Consentimiento De Los Padres Para Vacunas

| Información del paciente | |
|--------------------------|--|
| Nombre | |
| Fecha de nacimiento | |

| Información de los padres/tutores | |
|-----------------------------------|--|
| Nombre | |
| Fecha de nacimiento | |
| Género | |
| Número de teléfono | |
| Correo electrónico | |

| Persona autorizada para traer al niño (debe ser mayor de 18 años) | |
|---|--|
| Nombre | |
| Fecha de nacimiento | |
| Relación con el niño/la niña | |

Consentimiento y Firma

El NRS 450B.525 exige el consentimiento del padre, madre o tutor para el tratamiento de vacunas. También estamos obligados a proporcionarle las Hojas de Información sobre Vacunas (VIS), que entregaremos a su Persona Autorizada. Para vacunar a su hijo, asegúrese de completar este formulario en su totalidad y adjuntar:

- La licencia de conducir o identificación de los padres/tutores
- Seguro Medico ☐ Sí ☐ No
 - Frente de la tarjeta de seguro
 - Reverso de la tarjeta de seguro

Doy mi consentimiento para la vacunación de mi hijo/a según lo determine el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carson City (CCHHS). Autorizo a la persona autorizada a tomar decisiones en nombre de mi hijo/a, como se indicó anteriormente.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Firma del padre/tutor