



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 parente/tutor