

Formulario de Proxy de Inmunización

He leído y a recibido una copia de la información sobre las vacuna(s). He tenido oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna(s) solicitada y acepto que se le administre a la persona a la persona que se menciona a continuación para quien soy padre o guardián.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tétanos/Difteria/Tos ferina (Tdap) | <input type="checkbox"/> Meningococo(MCV) | <input type="checkbox"/> Hepatitis A (HepA) |
| <input type="checkbox"/> Rotavirus (RV) | <input type="checkbox"/> Influenza | <input type="checkbox"/> Hepatitis B (HepB) |
| <input type="checkbox"/> Difteria/ Tétanos/Tos ferina (DTaP) | <input type="checkbox"/> Haemophilus Influenzae tipo B(Hib) | <input type="checkbox"/> Conjugado neumocócico (PCV13) |
| <input type="checkbox"/> Tétanos/Difteria (Td) | <input type="checkbox"/> Vacuna contra la polio inactivada (IPV) | <input type="checkbox"/> Varicela (VAR) |
| <input type="checkbox"/> Virus del papiloma humano (HPV) | <input type="checkbox"/> Sarampión/Paperas/Rubéola (MMR) | <input type="checkbox"/> Other _____ |

Información sobre la persona para que va recibir la vacuna(s) (por favor escribe en forma impresa)					
Name:	Last	First	M.I.	Fecha de nacimiento	Edad
Dirección:	Ciudad:		Condado:	Estado:	Código postal:
D Medicaid	D No tiene seguro médico	D Indio Americano/ Nativo de Alaska	D *Seguranca medica limitadad	D Other	
Nombre del Médico y clinica: _____					
Firma del padre o guardián:				Fecha:	

* Seguranca medica limitadad = Tener un seguro que no cubre las vacunas.