



28 Executive Drive, Norwalk, OH 44857 | P: 419-668-1652 | information@huroncohealth.com | F: 419-668-0152

Autorización para Inmunizaciones de niños recién nacidos a 10 años

Yo, _____, el padre abajo firmante, guardián legal,
o la persona

(Nombre y apellido del padre o guardián)

con custodia legal de _____ por le presente
autorizo

(Por favor escriba el nombre y apellido del niño)

_____ para representarme como
guardián y

(Por escriba el nombre del adulto trayendo el niño a la clínica)

proporcionar el consentimiento al proveedor apropiado licenciado de la asistencia medica del Condado Huron el Distrito General de la Salud para avanzar con la administración de las vacunas apropiadas basadas en la edad y el horario recomendados por el Departamento de Ohio de la Salud para mi niño, un menor, notado arriba. Yo entiendo que las Pautas de la Inmunización seguidas por el Condado Huron el Distrito General de Salud son igual que recomendado por el Departamento de Ohio de la Salud y la Academia Americana de la Pediatría. Por favor complete cualquier vacuna ya recibido o mande el registro de niño a la cita.

FECHA DE NACIMIENTO DEL NINO: _____

Es obligatorio que usted traiga la cartia de vacunas del niño.

Por favor llene esta información sobre el niño nombrado arriba.

SI	NO	El niño nombrado alguna vez a tenido:
		Convulsiones o ataques
		Una reacción severa a cualquier vacuna, huevos (blanquillos), medicamentos, o gelatina
		Tiene el paciente cáncer, leucemia, SIDA, o cualquier otro problema con el sistema inmunológico, o han tomado cortisona, prednisone, otros esteroides, las drogas anticancerosas, o los tratamientos de radiografía en los últimos 3 meses?
		Esta el paciente enfermo hoy?
		Esta la persona embarazada o con el riesgo de embarazarse en el próximo mes?
		Ha tenido el paciente cualquier sangre, el plasma, o inmune (la gamma) trasfusión de globulina en los últimos seis meses?



An equal opportunity provider of employment and services.



El padre, el guardián, y firma adulta están en reconocimiento y la aceptación del contenido de esta página

Firma de Padre o guardián: _____ Fecha: ____/____/____

Numero de teléfono: _____ Numero de trabajo: _____

Firma del adulto trayendo el niño a la clínica: _____ Fecha: ____/____/____

He recibido una copia o tenido una hecha disponible a mí por el sitio web del Condado Huron General de Distrito de Salud y he leído, o había leído a mí, la información contenida en la Declaración apropiada de Información de Vacuna (V.I.S.) acerca de la enfermedad(es) y la vacuna(s) que mi dependiente recibirá. He tenido una oportunidad de hacer preguntas, (llamando al Departamento de la Salud al 1-888-594-2443 total gratis) que fue contestado a mi satisfacción. Creo que entiendo los beneficios y los riesgos de la vacune(s) ser recibido. (V.I.S. formas son <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/vis/default.htm> Yo entiendo que la información es mandada a un registro central en el Departamento de Ohio de la Salud.