



Formulario para padres/madres/representantes legales para autorizar vacunas

Nombre del menor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre/madre/representante legal: _____

Relación con el niño/a: padre/madre biológico/a Padres adoptivos (*documentación necesaria*) representante legal (*documentación necesaria*)

**por favor tenga en consideración que los siguientes individuos NO pueden autorizar vacunas: padrastros/madastras, padres/madres de crianza, el Departamento de protección de menores (DCS), abuelos/as.*

****Padre/madre/representante legal debe poner sus iniciales al lado de cada vacuna o serie de vacunas que autorizan***

Vacuna	Nacimiento a 11 meses	12 meses a 24 meses	4 años a 5 años	11 años a 12 años	Adolescentes
Influenza	<input type="checkbox"/>				
SARS COVID-19	<input type="checkbox"/>				
Hepatitis B (HepB)	<input type="checkbox"/>				
Rotavirus (RV)	<input type="checkbox"/>				
Difteria, tétanos y tos ferina acelular (DTP)	<input type="checkbox"/>				
Haemophilus Influenzae del tipo B (HIB)	<input type="checkbox"/>				
Vacuna neumocócica conjugada (PCV13/PCV15)	<input type="checkbox"/>				
Vacuna inactivada contra la poliomelitis (IPV)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Sarampión, paperas y rubeola (SPR)		<input type="checkbox"/>			
Varicela (VAR)		<input type="checkbox"/>			
Hepatitis A (HepA)		<input type="checkbox"/>			
Virus del papiloma humano (VPH)				<input type="checkbox"/>	
Vacuna antimeningocócica conjugada tetravalente (MenA, C,W,Y)				<input type="checkbox"/>	
Vacuna antimeningocócica B (MenB)					<input type="checkbox"/>
Tétanos, difteria y tos ferina acelular (Dtap)				<input type="checkbox"/>	
Otras:	<input type="checkbox"/>				

Vacunas recomendadas que están fuera del rango de edad debido a que son vacunas de rescate.

He leído y entiendo las fichas informativas de las vacunas listadas anteriormente. He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de las vacunas. Han respondido todas mis preguntas. Al firmar abajo, doy mi consentimiento informado para que mi hijo/a reciba las vacunas listadas. Este consentimiento será válido hasta o a menos que se revoque. **Bajo pena de perjurio, declaro que soy el padre/madre/representante legal del menor antes mencionado. Doy fe de que tengo la patria potestad para conceder el consentimiento para vacunas como lo requiere el Capítulo Público N° 477 de Tennessee (2023).**

Firma del padre/madre/representante legal: _____ Fecha: _____