



Formulario para menor no acompañado
Autorización de consentimiento para Tratamiento de Menores

Fecha: _____

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL PACIENTE (Escriba Claramente)

Primer Nombre: _____ Apellido: _____
 Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Años: _____ Género: Hembra Hombre
 Dirección: _____ Ciudad: _____
 Estado: _____ Código Postal: _____
 Telefono: (____) _____ - _____ E-mail: _____

SECCIÓN B: INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL PADRE / TUTOR (Escriba claramente)

Primer Nombre: _____ Apellido: _____
 Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Años: _____ Género: Hembra Hombre
 Dirección: _____ Ciudad: _____
 Estado: _____ Código Postal: _____
 Telefono: (____) _____ - _____ E-mail: _____
 Relación: _____ # Licencia de Conducir: _____

_____ (Iniciales) Certifico que he leído y entendido la Declaración de Información de Vacunas (VIS) para cada vacuna solicitada.

SECCIÓN C: El Centro de Inmunizaciones de la Ciudad de Danbury SOLO administrará las siguientes vacunas al menor:

VACUNA CONTRA LA GRIPE:
 Vacuna contra la gripe (6 meses – 17 años de edad)

VACUNAS PARA VIAJEROS:
 Tifoidea
 Combinación de hepatitis A y B
 Encefalitis Japonesa
 Rabia
 Fiebre Amarilla

VACUNAS INFANTILES:
 Difteria, Hepatitis B, Polio Inactivada (DTap-IPV-HepB)
 Difteria, tétanos, tos ferina acelular, polio y Haemophilus Influenzae tipo B (DTap-IPV-Hib)
 Difteria, Polio (DTap-IPV)
 Hepatitis A
 Hepatitis B
 Combinación de hepatitis A y B
 Haemophilus Influenzae (Hib)
 Virus del papiloma humano (HPV)
 Conjugado meningocócico (MCV4)
 Meningococo B OMV
 Meningococo B Recombinante
 Sarampión, Paperas, Rubéola (MMR)
 Sarampión, Paperas, Rubéola, Varicela (MMRV)
 Conjugado neumocócico (PCV13)
 Polisacárido neumocócico (PPV)

	<input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> Rotavírus <input type="checkbox"/> Tétanos y Difteria (Td) <input type="checkbox"/> Varicela
--	---

SELECCIONE TIPO DE CONSENTIMIENTO

CONSENTIMIENTO PARA PERMITIR QUE CIERTAS PERSONAS SIGAN A LOS NIÑOS PARA RECIBIR LA INMUNIZACIÓN.
 Yo, _____, autorizo a la siguiente persona a acompañar a mi hijo al Centro de Inmunización de la Ciudad de Danbury para recibir servicios de inmunización.

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Telefono: _____ Relación: _____

O

CONSENTIMIENTO PARA TRATAR A MENORES NO ACOMPAÑADOS EN LA CLÍNICA DE LA CIUDAD DE DANBURY.
 Yo, _____, solicito y autorizo al Centro de Inmunizaciones de la Ciudad de Danbury y su personal para administrar las vacunas solicitadas a MI HIJO mencionado en la Sección C anterior.

Nota: Los conductores adolescentes que reciben ciertas vacunas deberán permanecer en nuestra área de espera durante 15 minutos después de la inyección por medidas de seguridad.

Esta Autorización para Tratamiento de Menores caducará en el siguiente evento:

18 Cumpleaños del menor Fin del año calendario Otra Fecha: ____/____/____

Autorización y Consentimiento

- Soy el padre / tutor legal del menor de edad mencionado en la Sección A anterior que es menor de 18 años.
- Si el niño menor experimenta efectos adversos o alérgicos al administrar una vacuna, autorizo al Centro de Inmunización y Medicina de Viaje de Danbury City a comunicarse con los servicios médicos de emergencia.
- Entiendo que mi seguro o método de pago existente puede ser cobrado por servicios al menor mencionado anteriormente.
- Entiendo que esta autorización es válida hasta el cumpleaños número 18 del paciente, la fecha de vencimiento indicada anteriormente O por revocación por escrito.
- Entiendo que esta Autorización para Consentir en Cuidado de Niños ("Autorización") no me exime (padre / tutor) de firmar un consentimiento informado como lo requiere la ley. El Centro de Inmunización y Medicina del Viaje de Danbury City se comunicará conmigo y obtendrá mi consentimiento cuando sea necesario.
- Entiendo que este Formulario de Registro de Autorización y Administración de Vacunas (Formulario de Admisión) debe completarse antes de la primera visita no acompañada en el Centro de Inmunización y Medicina de Viajes de Danbury City.
- Descargó y leyó la Declaración de Información de Vacunas (VIS) sobre cada vacuna solicitada. Solicito que la vacuna se administre a mi hijo menor mencionado anteriormente, a quien estoy autorizado para hacer esta solicitud.
- Esta autorización se aplica a toda la serie de vacunas si se requieren varias vacunas.
- He leído y entiendo el contenido de esta autorización, que firmo voluntariamente.
- Una copia de este formulario debe mantenerse en el archivo de acuerdo con la ley estatal y / o federal.

Firma del Padre/Tutor

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Nombre Completo: _____