

Consentimiento para la vacuna novedosa contra la gripe H1N1

A usar únicamente para el consentimiento de los padres o tutores **cuando el adulto que da su consentimiento no está presente con el niño** (por ejemplo, clínicas de inmunización con sede en escuelas)

He recibido, leído y comprendido la **Declaración de información sobre la vacuna novedosa contra la gripe H1N1**.

He tenido la posibilidad de hacer preguntas y discutir sobre mis inquietudes con un profesional del cuidado de la salud.

Doy permiso a (nombre de la organización) _____ a administrar la vacuna novedosa contra la gripe H1N1 a mi hijo en mi ausencia.

Información sobre el niño que recibirá la vacuna (en letra de imprenta, por favor)		
Nombre:	_____	_____
	<i>Apellido</i>	<i>Nombre</i>
		<i>Inicial del segundo nombre</i>
ID del estudiante:	_____	Núm. de seguro social: _____
Fecha de nacimiento:	_____	Sexo: _____
		<i>(M o F)</i>
		Raza _____
Dirección:	_____	_____
	<i>Calle</i>	<i>Ciudad</i>
	_____	_____
	<i>País</i>	<i>Estado</i>
		<i>Código postal</i>
Núm. de teléfono:	_____	Núm. de celular: _____
Nombre de la escuela:	_____	
Grado:	_____	

Yo, _____, (escriba en letra de imprenta el nombre del adulto que da su consentimiento) tengo la siguiente relación con el niño indicado más arriba (marque la relación que tiene con el niño).

- | | | | |
|---|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Orden judicial | <input type="checkbox"/> Tutor legal | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Madre |
| <input type="checkbox"/> Tía adulta | <input type="checkbox"/> Hermano adulto | <input type="checkbox"/> Hermana adulta | <input type="checkbox"/> Tío adulto |
| <input type="checkbox"/> Abuelo | <input type="checkbox"/> Abuela | <input type="checkbox"/> Madrastra | <input type="checkbox"/> Padrastra |

Tengo la autoridad legal, basándome en la relación con el niño indicado más arriba, conforme a s. 743.0645, F.S., para dar mi consentimiento para la administración de esta vacuna al niño indicado más arriba.

Nombre en letra de imprenta

Firma

Fecha

Para uso oficial solamente

_____	_____	_____
Fecha de vacunación	Tipo de vacunación	Número de lote
_____	_____	_____
Administrada por	Título	