



1843 Oakwood Avenue
Napoleon, OH 43545

Phone: (419) 599-5545
Fax: (419) 592-6400

www.henrycohd.org

FORMULARIO DE PERMISO PARA INMUNIZACIÓN/PROCEDIMIENTO INVASIVO DE TERCEROS

Propósito: Permitir que el padre/tutor autorice la provisión de vacunas/pruebas/exámenes para los niños mientras están bajo la supervisión del cuidador abajo firmante.

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Madre/Tutor: _____ Padre/Tutor: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Teléfono: _____

Yo, el padre/tutor abajo firmante, reconozco que he sido informado del calendario de vacunación de rutina para los niños por el personal de inmunización del Departamento de Salud del Condado de Henry (en adelante: personal) y/o la prueba/examen que se requiere. En este momento, elijo que este niño (s) esté inmunizado contra todas las enfermedades transmisibles para las cuales podría ser protegido y / o examinado / examinado según sea necesario.

Por la presente, doy permiso a _____ (en adelante: Cuidador) para que mis hijos sean vacunados/examinados/examinados. Este cuidador conoce bien a mi(s) hijo(s) y es capaz de completar el Cuestionario de Evaluación para Vacunas de Niños y Adolescentes, así como cualquier otro documento de consentimiento/autorización de vacunación relacionado.

El abajo firmante libera y libera para siempre al Departamento de Salud del Condado de Henry, sus directores, personal médico, agentes, empleados y cualquier otra persona relacionada con el Condado de Henry, de todas las reclamaciones, daños y causas de acciones que puedan surgir de tener a este (s) niño (s) debidamente vacunado, examinado y examinado, como se describe en este documento. Esta liberación será vinculante para el abajo firmante, el (los) hijo(s) anterior(es), el cónyuge del abajo firmante y para los herederos, representantes legales y asignados del abajo firmante.

Al firmar a continuación, el abajo firmante ha leído todos los términos de este formulario y entiende que está firmando una liberación completa y excluye cualquier reclamo que resulte de haber vacunado, examinado o examinado a este (s) niño (s), como se describe en este documento.

Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Cuidador: _____ Fecha: _____

Este consentimiento surtirá efecto para: Fecha _____ (solamente)
 Indefinidamente, hasta que sea revocado por comunicación escrita