



1843 Oakwood Avenue
Napoleon, OH 43545

www.henrycohd.org
Phone: (419) 599-5545
Confidential Fax: (419) 591-3064

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE TERCEROS INMUNIZACIÓN/INVASIVO PROCEDIMIENTO

Propósito – para permitir a los padres a autorizar el suministro de las vacunas/pruebas/proyección para menores mientras que bajo la supervisión del cuidador que suscribe

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento _____

Residencial padre: _____

Madre: _____ Padre: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Número de teléfono: _____ Número de teléfono: _____

Los abajo firmantes padres, reconozco que he sido informado del calendario de inmunización para los niños por la Henry County Departamento de inmunización personal de salud (en adelante: personal) o la prueba/evaluación que se requiere. En este momento, yo prefiero tener este niño inmunizado contra todas las enfermedades transmisibles que ella podría ser protegida ni probado/examinados según sea necesario.

Yo doy permiso a _____ (hereinafter: Caregiver) para tener mi hijos vacunados/probado/proyectado. Este cuidador es conocedor de mis hijos y es capaz de completar el cuestionario de evaluación para el niño y adolescente inmunizaciones, así como cualquier otra inmunización consentimiento/autorización documentos relacionados.

Los abajo firmantes por este medio liberan y para siempre descarga el Departamento de Salud Condado de Henry, sus directores, personal sanitario, agentes, empleados, y cualquier otra persona conectada con el Condado de Henry, de todas las reclamaciones, daños y causas de las acciones que pudieran derivarse de tener este niño correctamente vacunado, probados, evaluados, como se describe en este documento. Esta versión será vinculante en los abajo firmantes, los hijos anteriores, el cónyuge de los abajo firmantes y los herederos, representantes legales y asignado de los abajo firmantes.

Firmando más abajo, el abajo firmante ha leído todos los términos de este instrumento y entiende que él/ella es firmar una liberación completa y barra para cualquier reclamo que resulte de tener este niño vacunado, probado, proyectado, como se describe en este documento.

Firma de la padre o madre/tutor _____ Fecha _____

Firma de la cuidador _____ Fecha _____