



Autorización para la vacunación de un menor

El padre o tutor legal debe dar su consentimiento para un niño menor de 18 años de edad para las vacunas proporcionadas por Salud Pública del Condado de Dakota, a menos que se cumpla una de las siguientes excepciones: 1. Vive independientemente de los padres/tutores, sin tener en cuenta por cuánto tiempo, y gestiona sus asuntos financieros personales; 2. Le van a poner la vacuna de la Hepatitis B; 3. Casado o tiene un hijo; 4. Está embarazada y necesita las vacunas recomendadas durante el embarazo.

Por favor, complete este formulario si su hijo visitará la clínica de vacunación sin padre o tutor legal. La persona autorizada para acompañar a su hijo debe ser un adulto de 18 años de edad o mayor. Este consentimiento es válido para el período de tiempo especificado, con un máximo de un año desde la fecha de la firma. Si usted tiene preguntas acerca de las vacunas, llame a la unidad de Prevención y Control de Enfermedades al 952-891-7528

Paciente menor	Nombre		
	Dirección		
	Ciudad	Estado	Código postal
	Fecha de nacimiento		

Período de tiempo	Consentimiento por escrito válido para el período de tiempo de: _____ a _____. No sobrepasará un año, en cuyo momento se requerirá un nuevo formulario de consentimiento. Este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento por escrito.
-------------------	---

Autorización	Autorizo a _____ (Nombre de la(s) persona(s) que está(n) recibiendo autorización) Relación con el paciente Para dar consentimiento a las vacunas en nombre de mi hijo arriba indicado. La persona arriba indicada también puede responder preguntas sobre el historial médico de mi hijo, necesarias para determinar las vacunas recomendadas. Esto incluye preguntas sobre la historia de inmunizaciones de mi niño, alergias, medicamentos recientes, y cualquier afección médica que padezca mi hijo*. Padre/Tutor legal _____ Fecha _____ Número de teléfono (en caso de emergencia) _____ *Por favor, consulte el Cuestionario de evaluación de vacunas publicado en línea para revisar las preguntas necesarias. Puede imprimirlo y enviarlo con su hijo. (www.co.dakota.mn.us , busque "Immunization Clinics" [Clínicas de vacunas])
--------------	--

Para uso interno	Si se determinó que el menor no tenía necesidad del consentimiento de los padres/tutores, marque las exenciones que correspondan: <input type="checkbox"/> El menor vive independientemente de los padres/tutores y gestiona sus asuntos financieros personales <input type="checkbox"/> El menor solo está solicitando la vacuna de la Hepatitis B <input type="checkbox"/> El menor está casado o ha tenido un hijo y está consintiendo por su hijo <input type="checkbox"/> La menor está embarazada y solicita las vacunas recomendadas durante el embarazo Firma del personal administrativo: _____ Fecha _____
------------------	---