*Devolver a la oficina principal de la escuela*

# CLÍNICA DE ADOLESCENTES
## DEPARTAMENTO DE SALUD DE LA CIUDAD-CONDADO DE EAU CLAIRE
Autorización para Recibir Vacunas

La información recopilada en este formulario se utilizará para documentar la autorización para recibir las vacunas en la escuela de su hijo (a). La información se puede compartir a través del Registro de Vacunación de Wisconsin (WIR) con otros proveedores de atención médica directamente involucrados con su hijo (a) para asegurar que se complete el programa de vacunación.

| | |
|---|---|
| Mi firma a continuación autoriza a mi hijo (a) a recibir esta vacuna:<br>Marque todo lo que corresponda → | ☐ Inyección de Influenza<br>☐ VPH (Gardasil) Virus del papiloma humano<br>☐ Meningocócica (Meningitis)<br>☐ Tdap (tétanos,difteria, tos ferina) |

| **Nombre del paciente (apellido, nombre, inicial del 2do nombre)** | **Nomre de la madre (apellido, nombre, inicial del 2do nombre)** |
|---|---|
| | |

| **Dirección** | **Ciudad** | **Condado** | **Estado** | **Código postal** |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| **Número de celular/ de casa** ( ) | **Edad y fecha de nac. (mm/dd/aaaa)** | **Género** ☐Masculino ☐Femenino |
|---|---|---|

| Raza (Marque uno) | | **Etnicidad** |
|---|---|---|
| ☐ Afroamericano | ☐ Indio americano o nativo de Alaska | ☐ Hispano o latino |
| ☐Asiático | ☐Nativo hawaiano / pacífico | ☐No hispano o latino |
| ☐ Blanco | ☐Otro | |

| **Nombre del Médico** | **Nombre de la escuela** | **Grado** |
|---|---|---|
| | | |

| **Nombre del padre/tutor responsable del paciente (Apellido, Nombre, Inicial)** | **Relación con el paciente** |
|---|---|
| | |

Me han entregado una copia y he leído, o me han explicado, información sobre la enfermedad y la vacuna que debo recibir. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi entera satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna solicitada y solicito que la vacuna se administre a la persona por encima de la cual estoy autorizado para realizar esta solicitud. Doy permiso para compartir los registros de vacunación de mi hijo (a), incluidos los proporcionados a la(s) escuela(s), con el Registro de vacunación de Wisconsin y mi proveedor de vacunación con el fin de mantener un registro completo y preciso para ayudar a garantizar la vacunación completa. Marque aquí SOLAMENTE si NO da su permiso. ☐

| FIRMA – (Padre o Tutor para menores de 18 años) | Fecha |
|---|---|
| | |

PARA USO DE OFICINA

| Vaccine | Route | Site | Dose | Mfr/Lot No. |
|---|---|---|---|---|
| Influenza | IM<br>IN | RV LV RD LD | 1 2<br>1 2 | |
| Tdap | IM | RV LV RD LD | 1 | |
| Meningococcal | IM | RV LV RD LD | 1 2 | |
| HPV | IM | RV LV RD LD | 1 2 3 | |

Signature and Title of person administering vaccine: Date:

School Clinic Site (circle one): DMS NSMS SMS FAIRCHILD CC