



La autorización de la información de la salud y la autorización

I, padre de la administración de la inmunización del _____ autorizan pediatría de la premier para lanzar cualquier información de registro médica a las personas siguientes, y también permiten que tomen decisiones si o no mi niño puede necesitar recibir una inmunización.

Nombre:

Relación:

solicita que la pediatría de la premier niegue el expediente médico de mi niño a las personas siguientes:

Nombre:

Relación:

AUTORIZACIÓN de la INMUNIZACIÓN que he leído o que he tenido explicado a mí la información sobre las enfermedades y las vacunas ofrecidas. He tenido una ocasión de hacer preguntas y tales preguntas fueron contestadas a mi satisfacción. Entiendo los riesgos y las ventajas para las vacunas ofrecidas y solicito la administración de estas vacunas al niño conocido antedicho, para quien me autorizan a hacer esta petición. Entiendo que cualquier información adicional con respecto a inmunizaciones se puede proporcionarme en cualquier momento.

Firma: Relaciónl _____
Testigo del personal _____

Fecha del _____
Fecha: _____