**Carta de autorización para vacunación**

Departamento de Salud del Condado

Centro de diagnóstico y tratamiento

Elizabeth Street

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, doy a (nombre del autorizado) el permiso para llevar a mi hijo al Departamento de Salud del Condado, y para discutir y compartir información médica sobre el niño.

Además, le autorizo ​​a ver todos los registros médicos necesarios y a tomar decisiones de atención médica de rutina.

La cita será el día (fecha) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**POR FAVOR, COMPRUEBE**

* Doy permiso para que mi hijo reciba las vacunas recomendadas por el Comité Asesor de Inmunizaciones.
* Proporciono la aprobación para que mi hijo reciba solo las vacunas requeridas por el Departamento de Salud del Estado.
* Apruebo que mi hijo reciba solo las siguientes vacunas:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la persona (autorizada a traer un niño), Relación

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del niño

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma (padre / tutor), Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono del padre / tutor