



Employee Health
Vineland: 856-641-7595
1505 W. Sherman Avenue, Vineland

Mullica Hill: 856-508-1000 x80563
700 Mullica Hill Road, Mullica Hill

VACUNA COVID CONSENTIMIENTO DEL MENOR

Yo, _____ doy mi consentimiento para que mi hijo menor de edad reciba la vacuna COVID-19. Se me ha explicado que puede haber una pequeña reacción como dolor, enrojecimiento y posiblemente fiebre, que suele durar de uno a dos días. Las personas NO deben recibir esta vacuna si han tenido una reacción alérgica grave a CUALQUIER vacuna sin consultar primero con mi proveedor médico. Se me ha entregado la hoja de información sobre la vacuna de uso de emergencia, y doy mi consentimiento para que mi hijo menor de edad sea vacunado con la vacuna COVID-19.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR

NOMBRE

FIRMA DEL MENOR

SS# (Últimos 4 dígitos)

FECHA DE NACIMIENTO

DIRECCIÓN

ESTADO

CODIGO POSTAL

MEJOR TELÉFONO DE CONTACTO #

****** CONSENTIMIENTO VERBAL OBTENIDO POR TELÉFONO DEL TUTOR ******

NOMBRE DEL TUTOR

RELACIÓN CON EL MENOR

TELÉFONO LLAMADO

DIRECCIÓN DEL TUTOR

FECHA/HORA DE LA LLAMADA

NOMBRE IMPRESO DEL MEDICO

FIRMA DEL MEDICO

NOMBRE IMPRESO DEL TESTIGO

FIRMA DEL TESTIGO

DIRECCIÓN DEL TESTIGO