



Consentimiento para la vacunación

Nombre del Menor: _____ Fecha de Nacimiento: _____ ID de Archivo de Registro Electrónico: _____
 Fecha de Custodia: _____ Condado de la Custodia: _____ Región de la Custodia: _____

Este documento verifica que _____ está bajo la custodia legal del Departamento de Servicios Infantiles de Tennessee.

Padre/Tutor

Yo, _____, entiendo que el Departamento de Servicios Infantiles de Tennessee está solicitando mi permiso para proporcionar, solicitar y/o facilitar las vacunas para mi hijo(a) mientras esté bajo la custodia del Departamento. Entiendo que el significado de vacunación significa el acto de introducir una sustancia destinada a ser utilizada en humanos para estimular la respuesta inmune del cuerpo contra una enfermedad infecciosa o patógeno. Las siguientes casillas indican qué vacunas infantiles rutinarias **autorizo que reciba mi hijo/a:**

- Sí No IPV Polio (vacuna inactivada contra la poliomeilitis)
- Sí No MMR Sarampión, paperas y rubeola (sarampión alemán)
- Sí No Varicela
- Sí No Hepatitis A
- Sí No Hepatitis B
- Sí No Gripe (Influenza)
- Sí No Neumococo (Neumonía)
- Sí No Meningococo (meningitis)
- Sí No DTaP o Tdap Difteria, tétanos, tos ferina (tos convulsa)
- Sí No Rotavirus
- Sí No Influenza hemofílica Haemophilus tipo b (Hib)
- Sí No Virus Sincitial Respiratorio (VSR)

También me han informado que, si decido no dar mi consentimiento, el Departamento de Servicios Infantiles puede solicitar una orden judicial para autorizar la vacunación del menor.

Firma del padre o tutor legal

Fecha

Firma del testigo

Fecha

Esta es la versión actual de este formulario. Ignore todas las versiones anteriores a la fecha que se indica a continuación.