

Immunize El Paso

Immunization Consent Form

1. I agree that the person named below will get the vaccine checked below. *Estoy de acuerdo en que la persona nombrada abajo reciba la vacuna marcada.*
2. I received or was offered a copy of the Vaccine Information Statement (VIS). *He recibido o se me ha ofrecido copia de la hoja con la informacion sobre la vacuna (VIS).*
3. I know the risks of vaccine preventable diseases. *Conozco los riesgos de las enfermedades susceptibles de vacunacion.*
4. I know the benefits and risks of the vaccine to be administered. *Conozco los beneficios y los riesgos de la vacuna.*
5. I have had a chance to ask questions about the diseases, the vaccine, and how the vaccine is given. *He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la enfermedad, la vacuna, y como se da la vacuna.*
6. I know that the person named below will have a vaccine put in his/her body. *Se que a la persona nombrada abajo le van a dar una vacuna.*
7. I am an adult who can legally consent for the person named below to get vaccines. I freely and voluntarily give my signed permission for each vaccine. *Soy adulto y puedo dar permiso legalmente para que le den la vacuna a la persona nombrada abajo. Por mi propia voluntad firmo permiso para que le den esta vacuna.*

Vaccine(s) to be given / *Vacuna(s) que se va a dar:*

- Hepatitis A Hepatitis B DTaP Td IPV
 MMR Hib Varicella Pnemococcal Conjugate
 MCV4 HPV Tdap Typhoid Yellow Fever

| Information about the person to receive vaccine (Please print) Información sobre la persona que va a recibir la vacuna (por favor, en imprenta) | | | | | |
|--|--|---------------------|-------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| Name: Last <i>Apellido</i> | | First <i>Nombre</i> | Middle Initial <i>Inicial</i> | Birthdate <i>Fecha de Nacimiento</i> | Age <i>Edad</i> |
| Address: Street <i>Direccion</i> | | City / Ciudad | County Condado | State | Zip <i>Codigo Postal</i> |
| | | | | TX | |
| Signature of person to receive vaccine or person to make the request (parent or guardian): Firma de la persona que va a ser vacunada o la persona autorizada a solicitar la vacuna (padre o tutor legal): | | | | | |
| x _____ Date _____ | | | | | |