



Consentimiento del Padre o Guardián Legal Para que VGMHC Proporcione Vacunación a Menores

Nombre Legal del Menor: _____

Fecha de Nacimiento del Menor: _____

Por la presente autorizo al Centro Memorial de Salud Virginia García (VGMHC, siglas en inglés) para que proporcione vacunas al menor mencionado arriba.

_____ Por favor, aplique a mi niño **cualquier** vacuna disponible que deba recibir.

_____ Por favor, aplique a mi niño **solamente** la(s) siguiente(s) vacuna(s): _____

Yo entiendo que la información sobre las vacunas específicas está disponible en línea en <https://www.immunize.org/vis/> y estará disponible para el menor antes de que se le aplique la vacuna. El menor puede solicitar una copia impresa para llevársela después de la visita.

Firma del Padre o Guardián Legal

Fecha

Nombre Legible del Padre o Guardián Legal

Fecha

Nota: Conforme a la ley de Oregon, los menores de 15 años de edad o más pueden dar su consentimiento para recibir tratamiento médico, incluyendo las vacunas, cuando sean aplicadas por un médico, un asistente médico, un naturópata, o un dentista.

VG Staff: Send to Medical Records to scan

Pt. ID Label
