



Human Services

Consentimiento voluntario para la vacuna contra la Viruela del Mono.

Información del paciente:

Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____

Dirección: _____ Ciudad y Estado: _____

Código Postal: _____ Número de teléfono: (____) _____ () Casa () Celular

Bajo penalidades establecidas por la Ley, por la presente afirmo que a mi saber y entender esta información es verdadera y correcta.

Reconocimiento de haber recibido:

Yo, / o persona designada por los padres, he recibido la hoja informativa de autorización de uso de emergencia de la vacuna contra la viruela del mono y he tenido la oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna, que se indica a continuación y solicito que se me administre a mi o a la persona nombrada anteriormente, y para quien estoy autorizado para hacer esta solicitud.

Nombre en letra de imprenta: persona que recibirá la vacuna o persona autorizada para firmar en nombre del paciente	
FIRMA: persona que recibirá la vacuna o persona autorizada para firmar en nombre del paciente X	Fecha
Relación con el paciente (si el paciente es menor de edad) X	Fecha