



**NEVADA
COUNTY**
CALIFORNIA

**Public
Health**

Salud Pública del Condado de Nevada

Permiso del Cuidador o Designación de otra Persona para Permitir Vacunas/Vacuna para la gripe

Yo, _____, no puedo acompañar a mi hijo,
(Padre/madre o tutor legal)

(Nombre del menor)

(Fecha de nacimiento)

A la clínica de vacunas de la salud pública del Condado de Nevada. Por lo tanto, le

doy mi permiso a _____, para acompañar a
(Nombre de la persona autorizada)

mi hijo(a) y/o autorice la aplicación de vacunas y cualquier otro procedimiento
subsecuente de primeros auxilios u otros cuidados médicos de emergencia necesarios.

☐ He leído las declaraciones de información sobre vacunas (hojas VIS) que se
encuentran en: <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/current-vis.html>

(Firma del padre/madre o tutor legal- requerido)

(Fecha y hora - requerido)

¡Debe traer la cartilla de vacunación del menor a la clínica!

En caso de que tengamos preguntas, favor de proveer un número telefónico al que
podamos **contactarle durante esta clínica de vacunas.**

Tel. de la casa _____ Tel. del trabajo _____

Domicilio _____

Esta forma es únicamente válida para las Clínicas de Vacunas o Clínicas contra la
gripe del Departamento de Salud Pública del Condado de Nevada.