



## CONSENTIMIENTO AUTORIZADO CON NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE

Autorizo al Departamento de Salud del Distrito de South Heartland a proporcionar la vacuna de COVID-19 a mi hijo/a, \_\_\_\_\_ en mi ausencia y de acuerdo con los horarios, políticas y atención médica de emergencia del Departamento de Salud.

Por favor, marque:

\_\_\_ Pfizer

\_\_\_ Moderna

\_\_\_ J & J Janssen

Yo nombro a \_\_\_\_\_ (adulto 19 años o más) como mi agente y representante con el propósito de autorizar y consentir la vacunación, atención médica y / o atención hospitalaria del niño mencionado anteriormente ante cualquier reacción a la medicina, enfermedad o lesión mientras dicha persona está al cuidado de la agencia y cuando no estoy inmediatamente disponible para dar dicho consentimiento.

**Alergias:** \_\_\_\_\_

**Médico de familia:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono del médico:** \_\_\_\_\_

**fecha** \_\_\_\_\_  
mes/día/año

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre o Tutor**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del padre o tutor (letra de imprenta)**

\_\_\_\_\_  
**dirección**

\_\_\_\_\_  
**Teléfono**

*Este consentimiento es válido por sólo DOS SEMANAS a partir de la fecha de firma de los padres.*

SHDHD 5/20/2021



606 N MINNESOTA AVE SUITE 2 HASTINGS NE 68901  
TEL (402) 462-6211 1-877-238-7595 FAX (402) 462-6219  
WWW.SOUTHHEARTLANDHEALTH.ORG

PROUDLY SERVING ADAMS, CLAY  
NUCKOLLS & WEBSTER COUNTIES

*Our Vision: Healthy People in Healthy Communities*