



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