

# Hoja de Autorización para la Vacuna Contra la Tos Ferina (Tdap)

**El alumno debe tener esta autorización firmada o uno de los padres debe estar presente para que reciban la vacuna.**

NOMBRE DE LA AGENCIA: Agencia de Servicios de Salud del Condado de Tehama – Salud Publica

FECHA: \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL NIÑO: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA MADRE: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

NUMERO TELEFÓNICO: (Casa) \_\_\_\_\_ (Celular) \_\_\_\_\_

**SE REQUIERE: ¿Tiene su hijo Seguro Medico?**

MARQUE UNO:  Medi-Cal/CHDP  Healthy Families  El Seguro Medico no Cubre Vacunas  
 No Tiene Seguro Medico  Indio Americano/Nativo de Alaska

**\*Al Firmar esta forma usted esta de acuerdo con lo siguiente:**

- Ud. ha recibido y revisado La Declaración de Vacunas para la Tos Ferina.
- Ud. autoriza el uso y el acceso al expediente de vacunas que se encuentran en el Registro de Vacunación de California.
- Ud. da permiso para que Salud Publica del Condado de Tehama vacune a su hijo/a contra la Tos Ferina (Tdap).

NOMBRE DEL PADRE O MADRE: \_\_\_\_\_  
(Letra de Molde)

FIRMA DEL PADRE O MADRE: \_\_\_\_\_  
(Firma)

## Sección para la enfermera

Vaccine lot#: _____	Date: _____
Site: _____	CAIR IZ # _____
RN: _____	