



## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS

Yo \_\_\_\_\_, autorizo a Atlanta Pediatric Partners  
(Escriba su nombre)

a administrar cualquier inmunización según lo recomendado por la Academia Estadounidense de Pediatría y el Departamento de Servicios de Salud de Georgia, División de Vacunas a mi hijo

\_\_\_\_\_  
(Escriba el nombre del niño)

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

- He leído o me han explicado la información sobre el enfermedades y vacunas respectivas
- Tuve la oportunidad de hacer preguntas y cualquier pregunta fue respondida satisfactoriamente
- Creo que entiendo los beneficios y los riesgos de estas vacunas

Firma del Padre/Tutor Legal

\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_