

PODER LEGAL PARA LA ADMINISTRACION DE VACUNAS EN EL ESTADO DE NEBRASKA

He recibido una copia y he leído o me han explicado la información contenida en el “documento informativo sobre la vacuna” de la vacuna (s) indicada abajo. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que se han respondido a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna (s) y solicito que se administre a la persona nombrada abajo para la cual soy padre o tutor legal.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tétano/Difteria/Tosferina (Tdap) | <input type="checkbox"/> Tétano/Difteria (Td) |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A (Hep A) | <input type="checkbox"/> Hepatitis B (Hep B) |
| <input type="checkbox"/> Meningocócica (MCV) | <input type="checkbox"/> Virus del Papiloma Humano (HPV) |
| <input type="checkbox"/> Difteria/Tétano/ Tosferina (DTaP) | <input type="checkbox"/> Rotavirus (RV) |
| <input type="checkbox"/> Haemophilus Influenza B (HIB) | <input type="checkbox"/> Neumocócica Conjugada (PCV-13) |
| <input type="checkbox"/> Sarampión/Paperas/Rubéola (MMR) | <input type="checkbox"/> Varicella (Var/VZV) |
| <input type="checkbox"/> DTaP/Polio/Hepatitis B (Pediarix) | <input type="checkbox"/> DTaP/Polio/HIB (Pentacel) |
| <input type="checkbox"/> Dtap/Polio (Kinrix) | <input type="checkbox"/> Influenza (Gripe) |
| <input type="checkbox"/> Otra _____ | |

INFORMACION SOBRE LA PERSONA QUE ESTA **RECIBIENDO** LAS VACUNAS ***(LETRA DE MOLDE POR FAVOR)**

Nombre: Apellido(s)		Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Edad
Domicilio: Calle		Ciudad	Condado	Estado	Código Postal
Por favor circule uno:		Medicaid	Sin seguro médico	* Seguro medico insuficiente	
		Nativo americano/Nativo de Alaska	Otro		
Firma del padre o del tutor legal				Fecha	
X					
*Seguro medico insuficiente: Es cuando usted tiene seguro medico pero no cubre las vacunas.					
<i>Este poder legal es valido por dos semanas solamente desde la fecha en que el padre lo firmó.</i>					