

## INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA QUE RECIBIRÁ LA VACUNA CONTRA LA COVID-19

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre

Inicial del  
segundo  
nombre

Apellido

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
mm/dd/aaaaDirección: \_\_\_\_\_  
Dirección postal

Ciudad

Estado

Código postal

## EN EL CASO DE QUE NO PUEDA ACOMPAÑAR A MI HIJO,

la persona nombrada aquí, que tiene 18 años o más, acompañará a mi hijo durante toda la visita:

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona mayor de 18 años, que acompaña a mi hijo

## AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, RECONOZCO LO SIGUIENTE:

- He leído la Hoja informativa sobre vacunas proporcionada para receptores y cuidadores (a continuación) para el grupo de edad de mi hijo.

[Hoja informativa sobre vacunas para receptores y cuidadores: 5 a 11 años de edad](#)[Hoja informativa sobre vacunas para receptores y cuidadores: 12 años de edad y mayores](#)

- Autorizo al Departamento de Salud del condado de Will y a los socios de vacunación participantes a que le envíen información sobre el registro de vacunación a I-CARE o Intercambio Integral Automatizado de Registro de Vacunación de Illinois, una aplicación basada en la web para compartir registros de vacunación desarrollada por el Departamento de Salud Pública de Illinois (IDPH) que se utiliza para compartir información sobre registros de vacunación con otros médicos de todo el estado.
- Por el presente autorizo que esta vacuna sea proporcionada a la persona que se nombra arriba de quien soy el padre/la madre/el tutor legal autorizado/a para prestar consentimiento.
- Aseguro que toda la información brindada en este formulario de consentimiento es verdadera y correcta.

\_\_\_\_\_  
Firma del representante legalmente autorizado o del menor independiente\_\_\_\_\_  
Fecha\_\_\_\_\_  
Nombre\_\_\_\_\_  
Relación con el menor\_\_\_\_\_  
Número de teléfono (se prefiere número de teléfono celular)