

# Formulario de consentimiento del paciente menor

## Información del paciente

Nombre	Apellido	
Sufijo (opcional)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Edad

## Consentimiento del menor

Declaro que soy (debe marcar una opción):

- El padre o la madre del paciente menor de edad.
- El tutor legal del paciente menor de edad mencionado.
- Un menor emancipado de, al menos, 16 años de edad.
- Una persona autorizada para tomar decisiones de atención médica en nombre del paciente menor de edad.  
Describe la relación legal aquí: \_\_\_\_\_

## Doy fe de lo siguiente:

Deben marcarse todos los casilleros para que se vacune al menor:

- He leído y comprendo las Hojas Informativas sobre Vacunas de la(s) vacuna(s) solicitada(s) y entiendo los riesgos y beneficios. (VIS: <https://www.immunize.org/vaccines/vis/about-vis/>)
- DOY MI CONSENTIMIENTO para que el paciente menor de edad reciba las vacunas. [Si NO da su consentimiento, no complete este formulario].
- Comprendo que, si doy mi consentimiento voluntario, el paciente menor de edad puede recibir las vacunas con o sin la presencia física del padre, de la madre o de un tutor en la cita de vacunación.
- Doy mi consentimiento y autorizo todo tratamiento que sea médicamente necesario en el caso excepcional de que el paciente menor de edad tenga una reacción a las vacunas.
- Certifico, según mi conocimiento, que la información que se presenta en esta solicitud es verdadera y precisa. Entiendo que todas las vacunas serán reportadas a los Registros de Inmunización de California (CAIR2 o RIDE). My Turn pondrá la información sobre la vacunación del paciente en CAIR2 según lo exige el Código de Salud y Seguridad de California 120440. Los proveedores de atención médica con licencia y los departamentos de salud pública pueden acceder a esta información.
  - CAIR2: <https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DCDC/CAIR/Pages/CAIR-updates-about.aspx>
  - RIDE: <https://www.myhealthyfutures.org>

# Formulario de consentimiento del paciente menor

---

## Información del padre/tutor

---

**Escriba su nombre completo**

---

**Dirección de correo electrónico (opcional)**

---

**Número de teléfono celular**

---

**Dirección** (número de calle y nombre, ciudad, estado, código postal)

Al firmar y escribir la fecha de hoy en los casilleros a continuación, doy mi consentimiento para que el paciente menor de edad reciba las vacunas solicitadas y certifico que (1) estoy autorizado a dar este consentimiento y que (2) toda la información que he proporcionado en este formulario es cierta y correcta según mi conocimiento:

---

**Firma del padre o tutor**

---

**Fecha de la firma**