

# CONSENT FOR ADMINISTRATION OF IMMUNIZATION



Macon County  
Public Health

Patient's Name (Last, First MI)

*Nombre del paciente (Apellidos, Primer nombre)*

Date of Birth

*Fecha de nacimiento*

- 1) Does your child have any allergies (including any drug or food allergies)?  
¿Tiene su hijo alguna alergia (incluyendo alergia a medicamentos o alimentos)? Yes/Sí  No 
  - If so, please list \_\_\_\_\_
  - Si es así, por favor indique: \_\_\_\_\_
- 2) Has your child ever had a reaction to a vaccination?  
¿Alguna vez su hijo ha tenido reacción a una vacuna? Yes/Sí  No
- 3) Does your child have any long-term health problems (i.e. asthma, diabetes, cancer, etc...)?  
¿Tiene su hijo algún problema de salud a largo plazo (es decir, asma, diabetes, cáncer, etc...)? Yes/Sí  No 
  - If so, please list: \_\_\_\_\_
  - Si es así, por favor indique: \_\_\_\_\_
- 4) Has your child ever had any seizures?  
¿Ha tenido su hijo alguna vez convulsiones? Yes/Sí  No
- 5) Women: are you (your child) pregnant or is there a chance that you (your child) could become pregnant in the next month?  
Mujeres: ¿está usted (su hija) embarazada o existe la posibilidad de que (su hija) pueda quedar embarazada en el próximo mes? Yes/Sí  No

Please indicate consent with a check (✓) below.

Por favor indique su consentimiento con una marca (✓) a continuación.

<input type="checkbox"/> <b>Menactra (Meningococcal/Meningocócica)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Tdap (Tetanus/Tétanos)</b>
--	--

I am the patient or I am authorized by the parent, guardian, or person standing in loco parentis of the above-named patient to obtain needed immunizations.

*Yo soy el paciente o estoy autorizado por el padre, guardián o la persona en lugar del padre del paciente nombrado arriba para obtener las inmunizaciones necesarias.*

I/parental designee have received the "Vaccine Information Statements" (VIS) about the disease(s) and vaccine(s). I have had a chance to review the VIS(s) and to ask questions that were answered to my satisfaction. I understand the benefits and risks of the vaccine(s) and request the vaccine(s) indicated above to be given to me or the person named above for whom I am authorized to make this request.

*Yo/designado por el padre he recibido "Vaccine Information Statements" (VIS) sobre la(s) enfermedad(es) y vacuna(s). He tenido oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s) y pido la(s) vacuna(s) indicada arriba sean dadas a mi o a la persona nombrada arriba por quien estoy autorizado para hacer esta petición.*

Signature (patient or authorized person)  
*Firma (paciente o persona autorizada)*

Relationship to Patient  
*Relación al paciente*

Date  
*Fecha*

Tdap:  Right Deltoid  Left Deltoid Lot #: \_\_\_\_\_ Initials of person administering vaccination: \_\_\_\_\_ Private / State  
Menactra:  Right Deltoid  Left Deltoid Lot #: \_\_\_\_\_ Initials of person administering vaccination: \_\_\_\_\_ Private / State