



**Employee Health**  
Vineland: 856-641-7595  
1505 W. Sherman Avenue, Vineland

Mullica Hill: 856-508-1000 x80563  
700 Mullica Hill Road, Mullica Hill

**VACUNA COVID CONSENTIMIENTO DEL MENOR**

Yo, \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento para que mi hijo menor de edad reciba la vacuna COVID-19. Se me ha explicado que puede haber una pequeña reacción como dolor, enrojecimiento y posiblemente fiebre, que suele durar de uno a dos días. Las personas NO deben recibir esta vacuna si han tenido una reacción alérgica grave a CUALQUIER vacuna sin consultar primero con mi proveedor médico. Se me ha entregado la hoja de información sobre la vacuna de uso de emergencia, y doy mi consentimiento para que mi hijo menor de edad sea vacunado con la vacuna COVID-19.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE/TUTOR

\_\_\_\_\_  
NOMBRE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MENOR

\_\_\_\_\_  
SS# (Últimos 4 dígitos)

\_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN

\_\_\_\_\_  
ESTADO

\_\_\_\_\_  
CODIGO POSTAL

\_\_\_\_\_  
MEJOR TELÉFONO DE CONTACTO #

**\*\*\*\* CONSENTIMIENTO VERBAL OBTENIDO POR TELÉFONO DEL TUTOR \*\*\*\***

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL TUTOR

\_\_\_\_\_  
RELACIÓN CON EL MENOR

\_\_\_\_\_  
TELÉFONO LLAMADO

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN DEL TUTOR

\_\_\_\_\_  
FECHA/HORA DE LA LLAMADA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE IMPRESO DEL MEDICO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MEDICO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE IMPRESO DEL TESTIGO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TESTIGO

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN DEL TESTIGO