



El nombre de su hijo/a \_\_\_\_\_ va a recibir las siguientes vacunas el día de hoy. La doctora y enfermera le darán información sobre las vacunas por escrito y también responderán cualquier pregunta que tenga sobre las vacunas. Por favor tenga en cuenta que algunas vacunas son combinadas.

\_\_\_DTAP

\_\_\_MMR

\_\_\_PCV23

\_\_\_IPV

\_\_\_VARICELLA

\_\_\_DT

\_\_\_HEP B

\_\_\_HEP A

\_\_\_FLU SHOT

\_\_\_PCV13

\_\_\_TDAP

\_\_\_HIB

\_\_\_ROTAVIRUS

\_\_\_HPV

\_\_\_MENINGOCOCCAL

\_\_\_TD

Mi firma confirma que entiendo la información previamente proveída, y tuve la oportunidad de hacer preguntas las cuales fueron respondidas durante la cita.

Nombre completo del padre/madre: \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_