



## Nevada County Public Health Department

### Permiso del Cuidador o Designación de otra Persona para Permitir Vacunas

Yo, \_\_\_\_\_, no puedo acompañar a mi hijo,  
(Padre/madre o tutor legal)

\_\_\_\_\_  
(Nombre del menor) \_\_\_\_\_  
(Fecha de nacimiento)

A la clínica de vacunas de la salud pública del Condado de Nevada. Por lo tanto, le

doy mi permiso a \_\_\_\_\_, para acompañar a  
(Nombre de la persona autorizada)

mi hijo(a) y/o autorice la aplicación de vacunas y cualquier otro procedimiento  
subsecuente de primeros auxilios u otros cuidados médicos de emergencia necesarios.

\_\_\_\_\_  
(Firma del padre/madre o tutor legal- requerido) \_\_\_\_\_  
(Fecha y hora - requerido)

***¡Debe traer la cartilla de vacunación del menor a la clínica!***

En caso de que tengamos preguntas, favor de proveer un número telefónico al que  
podamos ***contactarle durante esta clínica de vacunas.***

Tel. de la casa \_\_\_\_\_ Tel. del trabajo \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Esta forma es únicamente válida para la Clínica de Vacunas  
de la salud pública del Condado de Nevada durante el período de:  
miércoles, 1 de enero, 2020 a jueves, 31 de diciembre de 2020.