



Lincoln-Lancaster County
Health Department

CONSENTIMIENTO AUTORIZADO Y NOMBRAMIENTO DE UN REPRESENTANTE

Autorizo a las enfermeras y/o médicos del Departamento de Salud del Condado de Lancaster de Lincoln (LLCHD, por sus siglas en inglés), a realizar evaluaciones de detección, y administrar vacunas apropiadas a mi niño(a) _____ (nombre del niño(a)), en mi ausencia, de acuerdo con los parámetros y políticas del Departamento de Salud del Condado de Lancaster de Lincoln, a las cuales he autorizado por escrito.

Además, por la presente, yo designo a _____ (Adulto de 19 años o más), como mi representante y tutor legal, con el propósito de autorizar y dar consentimiento para que el niño(a) arriba mencionado(a), reciba cuidado hospitalario y/o médico debido a cualquier reacción a alguna vacuna, enfermedad o lesión mientras esta persona esté bajo el cuidado del Departamento de Salud del Condado de Lancaster de Lincoln y yo no esté disponible inmediatamente para dar tal consentimiento.

Teléfono del Representante Autorizado: _____

Alergias del Niño(a): _____

Médico Primario del Niño(a): _____

Número de Teléfono del Médico: _____

Con fecha de hoy día, _____ de _____ del 20_____

Nombre del Padre o Tutor Legal

Firma del Padre o Tutor Legal

Dirección/ Ciudad/ Estado/ Código Postal

Teléfono

Esta declaración puede ser revocada por escrito en cualquier momento y expira después de los 60 días de haber sido firmada.