



Hunt County Health Department
Medical Services
4907 Stonewall Street, Unit A
Greenville, TX 75401
Tele: 903-455-4433
Fax: 903-455-4956

DELEGATION OF AUTHORITY TO GIVE INFORMED CONSENT FOR IMMUNIZATIONS OF A MINOR

I give permission to *(name of the adult to whom consent is delegated to)*:

to consent for *(name of the minor)*:

_____.

Minors' date of birth is: ____/____/____ to receive the appropriate vaccines.

Relationship of the adult *(listed above)* to the minor: _____

PRINTED name of the parent, Managing Conservator, Legal Guardian or Authorized Person:

☞ _____

SIGNATURE of the parent, Managing Conservator, Legal Guardian or Authorized Person:

☞ _____

Date: _____

CLINIC USE ONLY:

Signature/Initials of Clinic Staff: _____ Date: _____

★ CONSENT CAN BE WITHDRAWN AT ANYTIME IN WRITING ★

★ FAX OR BRING IN FORM ON INITIAL DATE OF SERVICE ★



Hunt County Health Department
Medical Services
4907 Stonewall Street, Unit A
Greenville, TX 75401
Tele: 903-455-4433
Fax: 903-455-4956

DELEGACIÓN DE LA AUTORIDAD PARA DAR CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS VACUNAS DE UN MENOR

Le doy permiso a (*nombre del adulto a quien se le da el consentimiento*):

para consentir por (*nombre del menor*):

_____.

Fecha de nacimiento del menor: ____/____/____ para recibir las vacunas apropiadas.

Relación del adulto (*mencionado anteriormente*) al menor: _____

NOMBRE (escrito) del padre, tutor, guardian, tutor legal o persona autorizada:

 _____

FIRMA del padre, tutor, guardian tutor legal o persona autorizada:

 _____

Fecha: _____

USO CLÍNICO SOLAMENTE:

Signature/Initials of Clinic Staff: _____ Date: _____

★ EL CONSENTIMIENTO PUEDE SER RETIRADO EN CUALQUIER MOMENTO POR ESCRITO ★

★ FAX O TRAIGA LA FORMA EN LA FECHA INICIAL DE SERVICIO ★