Hunt County Health Department
Medical Services
4907 Stonewall Street, Unit A
Greenville, TX 75401
☎ 903-455-4433
🖷 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: _____

CONSENT CAN BE WITHDRAWN AT ANYTIME IN WRITING.

CLINIC USE ONLY:

Signature/Initials of Clinic Staff: _____ Date: _____

Hunt County Health Department
Medical Services
4907 Stonewall Street, Unit A
Greenville, TX 75401
☎ 903-455-4433
🖷 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 consenter 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: _____

EL CONSENTIMIENTO PUEDE SER RETIRADO EN CUALQUIER MOMENTO POR ESCRITO.

USO CLÍNICO SOLAMENTE:

Signature/Initials of Clinic Staff: _____ Date: _____