



Boone County  
DEPARTMENT OF  
PUBLIC HEALTH

1204 Logan Avenue ♦ Belvidere, Illinois 61008

Main Office: 815-544-2951 ♦ Clinic: 815-544-9730  
Fax: 815-544-2050 www.boonehealth.org

*The mission of the BCDPH is to protect and promote health in Boone County.*

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE MENORES**

**AUTORIZACIÓN:**

El Departamento de Salud del Condado de Boone tiene mi permiso para proporcionar vacunas de rutina para mi hijo y para liberar información de las vacunas a la escuela de mi hijo y / o proveedor de servicios médicos. Este consentimiento incluye la autorización del siguiente tratamiento de cuidado de salud de rutina y servicios para mi hijo: Evaluación médica, examen físico, incluyendo los signos vitales, la pregunta que hay que responder con respecto a la historia clínica del niño, y dispensar inmunizaciones, vacunas para las alergias o antibióticos intramusculares o por vía intravenosa. El tratamiento y los servicios para mi niño se pueden realizar en mi ausencia. *(Más de un niño se puede listar)*

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**LIMITACIONES:**

El siguiente es de limitaciones del tipo de servicios médicos para los cuales se da esta autorización (si ninguno, indique "ninguno".)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Información de contacto de los padres para cuestiones relativas a tratamiento:

Nombre de los padres: \_\_\_\_\_

Numero de contacto durante el día: \_\_\_\_\_

Numero de contacto en la noche \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Nombre de los padres: \_\_\_\_\_

Numero de contacto durante el día: \_\_\_\_\_

Numero de contacto en la noche \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Por la presente, indemnizar y mantener indemne al Departamento de Salud del Condado de Boone y todos sus funcionarios, agentes, empleados, abogados, directores, compañías de seguros, afiliates, subsidiarias, empresas relacionadas, sucesores, herederos y cesionarios de cualquier y toda responsabilidad por actuar en virtud de esta autorización . La persona designada como apoderado (mencionados anteriormente) se le permite tomar decisiones o consentimiento a la atención en mi ausencia. También estoy de acuerdo en aceptar la responsabilidad financiera para toda la atención y los servicios prestados en virtud de la presente autorización. Esta autorización es válida por un año (1) después de la fecha firmada abajo menos que sean retiradas por escrito al Departamento de Salud del Condado de Boone o restringido por marco de tiempo como se señaló anteriormente. Sólo se requiere la firma de uno de los padres.

Doy permiso a \_\_\_\_\_ a acompañar mi hijo(s).  
Nombre Completo

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha