

Farmacia Perrone Pharmacy, Inc.

**FORMULARIO 2 INSTRUCCIONES PARA EL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO
PARA MENORES DE EDAD DEL REGISTRO DE INMUNIZACIÓN**

- A) Este formulario debe rellenarse en su totalidad. No deje ningún espacio en blanco. Si no tiene una dirección de correo electrónico, escriba "NONE".
- B) Si no tiene información sobre el nombre de pila de su madre o su apellido de soltera, escriba "DESCONOCIDO".
- C) Por favor, indique si usted es UN SOCORRISTA O UN MIEMBRO INMEDIATO DE LA FAMILIA DE UN SOCORRISTA marcando la casilla correspondiente. Un SOCORRISTA se define como un empleado de seguridad pública o voluntario cuyas funciones incluyen responder rápidamente a una emergencia. UN MIEMBRO INMEDIATO DE LA FAMILIA se define como un padre, cónyuge, hijo o hermano que reside en el mismo hogar que un SOCORRISTA.
- D) Debe fechar este formulario, imprimir su nombre y firmar su nombre en la parte inferior de este formulario. Recuerda, si la persona que recibe la vacuna no tiene diez y ocho años, entonces, un padre, madre o custodio o custodia debe firmar este formulario.