

**CONSENTIMIENTO PARA UN MENOR EN RECIBIR LA VACUNA DE  
COVID-19 SIN ACOMPAÑAMIENTO CON UN ADULTO**

Yo, \_\_\_\_\_, padre, madre, custodio o  
custodia del menor \_\_\_\_\_, doy  
mi permiso a Perrone Pharmacy, Inc. a vacunar mi menor sin que yo  
este presente.

\_\_\_\_\_  
Nombre de estudiante

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

\_\_\_\_\_  
Nombre de Contacto en caso de emergencia

\_\_\_\_\_  
Teléfono de Contacto en caso de emergencia

\_\_\_\_\_  
Nombre de Padre/Madre/Custodio/Custodia

\_\_\_\_\_  
La Firma de Padre/Madre/Custodio/Custodia

\_\_\_\_\_  
Fecha