



CENTRAL  
DISTRICT  
HEALTH  
DEPARTMENT

OFFICINA PRINCIPAL  
707 N ARMSTRONG PLACE  
BOISE, ID 83704-0825  
TEL (208) 327-7450  
FAX (208) 327-8580  
[www.cdhd.idaho.gov](http://www.cdhd.idaho.gov)

---

*Para mejorar la salud de nuestras comunidades por identificando soluciones sostenibles en cuestiones de salud comunitario, formando asociaciones para llevar a cabo estrategias y demostrando nuestro éxito a través de medida de resultados.*

### CONSENTIMIENTO PARA VACUNCION POR ADULTO RESPONSABLE

El padre/madre de \_\_\_\_\_ en este momento no se le es posible traer al niño/a a la cita. Soy el adulto responsable por el cuidado de este niño/a y tengo la capacidad y responsabilidad de tomar decisiones bajo las circunstancias. Yo doy mi consentimiento por el niño/a nombrado para recibir las vacunas recomendadas por el Departamento de Salud del Distrito Central.

\_\_\_\_\_  
Firma de Adulto

\_\_\_\_\_  
Fecha