

SALINA FAMILY HEALTHCARE CENTER
IMMUNIZATION CONSENT FORM/ CONSENTIMIENTO PARA
INMUNIZACIÓN:

Chart #: _____

Legal Name/ Nombre legal:	DOB/ Fecha de Nacimiento:
Minor Immunization Consent: Providing vaccine consent for minors is always an individual action, with each person deciding according to their own beliefs and judgment. Salina Family Healthcare Center provides medical guidance to parents and legal guardians based on current recommendations from well-established, evidence-based resources such as the Centers for Disease Control (CDC), American Academy of Family Physicians (AAFP), and American Academy of Pediatrics (AAP). By signing below, I acknowledge that I am providing consent for the minor named above to receive immunizations as recommended. I understand that I have the right to accept or refuse any immunization at any time. Consentimiento Para Inmunización: Dar el consentimiento para la vacunación de menores es siempre una decisión individual, y cada persona decide según sus propias creencias y criterio. Salina Family Healthcare Center ofrece orientación médica a padres y tutores legales con base en las recomendaciones actuales de fuentes reconocidas y basadas en la evidencia, como los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, la Academia Estadounidense de Médicos de Familia y la Academia Estadounidense de Pediatría. Al firmar a continuación, reconozco que doy mi consentimiento para que el menor mencionado anteriormente reciba las vacunas recomendadas. Entiendo que tengo derecho a aceptar o rechazar cualquier vacuna en cualquier momento.	
Patient/Legal Guardian Signature: Firma del Paciente/guardián legal:	Today's Date: Fecha:

Legal Name/ Nombre legal:	DOB Fecha de Nacimiento:
Adult Immunization Consent: Providing vaccine consent is always an individual action, with each person deciding according to their own beliefs and judgment. Salina Family Healthcare Center provides medical guidance to patients based on current recommendations from well-established, evidence-based resources such as the Centers for Disease Control (CDC) and American Academy of Family Physicians (AAFP). By signing below, I acknowledge that I am providing my consent to receive immunizations as recommended. I understand that I have the right to accept or refuse any immunization at any time. Consentimiento Para Inmunización: Dar el consentimiento para la vacunación es siempre una decisión individual, y cada persona decide según sus propias creencias y criterio. Salina Family Healthcare Center ofrece orientación médica a sus pacientes con base en las recomendaciones actuales de fuentes reconocidas y basadas en la evidencia, como los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades(CDC) y la Academia Estadounidense de Médicos de Familia y la Academia Estadounidense de Pediatría. Al firmar a continuación, reconozco que doy mi consentimiento para recibir las vacunas recomendadas. Entiendo que tengo derecho a aceptar o rechazar cualquier vacuna en cualquier momento.	
Patient/Legal Guardian Signature: Firma del Paciente/guardián legal:	Today's Date: Fecha:

For Office Use Only
Form Processed by: _____