

Registro de visitas para la administración de vacunas (VAVR)
 Texto referido a demografía y consentimiento

Sexo del niño: Masculino Femenino

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	MM / DD / AA <input type="text"/>
Apellido del niño	Primer nombre del niño	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento del niño
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	Marque la casilla si el niño es: <input type="checkbox"/> Mellizo <input type="checkbox"/> Trillizo
Apellido de la madre	Primer nombre de la madre	Inicial del segundo nombre	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	
Apellido de soltera de la madre del niño	MM / DD / AA <input type="text"/>		
<input type="text"/>	Fecha de nacimiento de la madre del niño		
<input type="text"/>			
Dirección postal del niño			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ciudad	Estado	Código postal	Número telefónico
<input type="text"/>			
Dirección de correo electrónico			
<input type="text"/>			
Apellido del médico del niño		Primer nombre del médico del niño	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

He recibido y leído la declaración de información actual sobre la vacuna contra la hepatitis B. Asimismo, he recibido información sobre el Registro de Vacunación de Hawái (vea el reverso).

Firma del padre, madre o tutor legal: _____ **Fecha:** ____ / ____ / ____

He recibido y leído las declaraciones de información sobre cada una de las vacunas que se administrarán. Asimismo, he recibido información sobre el Registro de Vacunación de Hawái (vea el reverso).

Firma del padre, madre o tutor legal: _____ **Fecha:** ____ / ____ / ____