

**CATAWBA COUNTY PUBLIC HEALTH  
Tdap CONSENT FORM**

Nombre (por favor imprima)	Fecha de nacimiento	Raza	Sexo
Número de seguro social			
Dirección		Número de teléfono en el día	
Ciudad	Estado	Codigo postal	Número de teléfono en la noche

**La clínica puede poner este registro en su expediente médico. Se registrará la vacuna que se le dio, cuando se administro la vacuna, el nombre de la compañía que fabricó la vacuna, el número de lote especial de la vacuna, la firma y título de la persona que dio la vacuna, y la ubicación de la vacuna.**

**He leído o se me ha explicado la información en este formulario sobre las infecciones de la difteria, el tétano y la tosferina y la vacuna Tdap. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna Tdap y deseo que se me administre la vacuna. Confirmo que he tenido la oportunidad de revisar El Aviso de practica de privacidad de la Salud Pública del Condado de Catawba.**

Firma	Fecha
Alergias: NO _____ Si _____ Si la respuesta es si, a que es alergico _____	

**THIS SECTION TO BE COMPLETED BY NURSE**

Vaccine	Brand	Date	Site	Lot #	VIS Date	Staff ID #/ Provider Signature
Tdap	Boostrix				1/24/12	
	CPT Codes	874	90715-ST	Tdap	V06.9	
	CPT Codes	3146	90471-ST	Vaccine administration	V06.9	