



Smiles By Rosie Family Dentistry

6 Kensington Ave • Somerville, MA 02145 • (617) 623-2100

office@smilesbyrosie.com • **Sitio de vacunación de MA 61510**

Consentimiento, lista de verificación y documentación para la vacuna para 2024-2025

Afirmo que soy el tutor/la tutora legal de:

Nombre del alumno: _____ Fecha de nacimiento del alumno: _____

Número de teléfono para comunicarse con el tutor/la tutora: _____

Me gustaría que mi hijo recibiera vacunas para: Gripe COVID-19 (Moderna)

Confirmando que mi hijo no ha tenido una reacción alérgica grave a ningún componente de la vacuna, no ha recibido la vacuna contra la gripe o la COVID-19 2024-2025, no ha recibido otra vacuna en las últimas 8 semanas, no está enfermo hoy, no tiene síndrome de Guillain-Barré ni MIS-C ni MIS-A, ni ha tenido miocarditis en las 3 semanas posteriores a recibir la vacuna contra la COVID-19.

Si su hijo se encuentra en alguna de estas situaciones, llame o envíe un mensaje de texto al (413) 329-8756.

Nombre del Padre: _____ Firma del padre: _____



Hoja informativa sobre la vacuna contra la gripe



Hoja informativa sobre la vacuna contra COVID-19

*****Solo para uso escolar*****

Vacunas administradas y números de lote: _____

Fecha de administración: _____

Sitio: Deltoides

Vacunadora: Katie-Rose Wagner, Número de sitio 61510 - **La vacuna se incorporará al MIIS**