

HACKENSACK HEALTH DEPARTMENT
215 State Street, Hackensack, NJ 07601
P = 201-646-3963 or 646-3964 F = 201-646-3989

Authorization to Approve & Sign Consent for Minor to Receive Medical Services

(Please Print)

I, _____, parent or legal guardian of

_____, hereby authorize

Child's Name

_____, to accompany my child at the H1N1
Relative/friend/other (circle one) who is 18 years old or older

influenza vaccination program to review and sign screening and consent forms which authorize
administration of H1N1 influenza vaccine to my above named child.

Signature of Parent/Guardian

Date: _____

Subscribed and sworn before me this _____ day of _____ 20_____

Notary Public: _____

**Formulario de Autorización y Firma de Consentimiento para un/una Menor de
Edad a Recibir Servicios Médicos**
(Por favor escriba en letra de imprenta)

Yo, _____, madre/padre o guardián de

_____, autorizo a

Nombre del niño/niña

_____ para que acompañe a mi
Familiar/Amigo/otro (circule uno) quien tiene 18 años o más

hijo/hija, a la Clínica del H1N1/ Gripe Porcina, del Departamento de Salud de Hackensack.

Para revisar y firmar formularios de consentimiento que autorizan la administración de la vacuna
H1N1/Gripe Porcina a mi hijo/hija nombrado arriba.

Firma del Padre/Madre/Guardián

Fecha: _____

Jurado y suscrito ante mí este día _____ de _____, 20_____

Notario Público: _____