



**CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN  
EL SISTEMA DE INFORMACIÓN SOBRE VACUNAS DE NEW JERSEY  
(NEW JERSEY IMMUNIZATION INFORMATION SYSTEM - NJIIS)**

<b>INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO (Por favor, escriba con letra de imprenta.)</b>	<b>INFORMACIÓN SOBRE LOS PADRES/TUTORES</b>
Nombre	Nombre
Fecha de Nacimiento	Relación
Dirección	Dirección

He leído la información sobre el Sistema de Información sobre Vacunas de New Jersey (New Jersey Immunization Information System - NJIIS) y entiendo que el propósito de este programa es el de mantener un registro central del historial de vacunaciones de mi hijo y el de recordarme cuando son necesarias las vacunas. Entiendo que puedo obtener una copia del registro de mi hijo de mi proveedor médico, mi departamento de salud local o de la enfermera de la escuela de mi hijo.

Participar en este programa no conlleva ningún costo.

- Si, me gustaría participar en este programa.  
 No, no deseo participar en este programa.

Firma del Padre / Tutor	Fecha
-------------------------	-------

**New Jersey Department of Health and Senior Services  
(Departamento de Salud y Servicios para Personas Mayores del Estado de New Jersey)  
Vaccine Preventable Diseases Program  
(Programa de Vacunas para Enfermedades Prevenibles)  
PO Box 369  
Trenton, NJ 08625-0369**

***POR FAVOR, DEVUELVA ESTE FORMULARIO A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA DE SU HIJO  
EN UN PLAZO DE 7 DÍAS.***