Impresión de la Madre o Información del Padre/Guardian	*Impresión del Niño o Información del Niño*
Nombre y dirección (en letra de imprenta):	Nombre y dirección (en letra de imprenta):

He recibido información acerca del Sistema de Información sobre la Inmunización en Nueva Jersey (New Jersey Immunization Information System - NJIIS) y entiendo que el propósito de este programa es recordarme cuándo es que corresponde administrarle las inmunizaciones a mi hijo/a y mantener un registro central de su historia de inmunizaciones. Tengo entendido que puedo obtener una copia de este registro de mi proveedor de servicios médicos o del departamento local de salud pública.

Participar en este programa no cuesta nada.

☐ Sí, deseo participar en este programa.

☐ No, no deseo participar en este programa.

Firma del Padre or Madre o Guardian	Fecha

New Jersey Department of Health and Senior Services
(Departamento de Salud Pública y Servicios a Personas Mayores de Nueva Jersey)
Vaccine Preventable Diseases Program
P.O. Box 369
Trenton, NJ 08625-0369

SISTEMA DE INFORMACIÓN SOBRE LA INMUNIZACIÓN EN NUEVA JERSEY
CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR

Distribución: Original - Registro Médico
Copia - Padre or Madre o Guardian