

Tdap Authorization Record
百日咳疫苗注射同意書
Registro de Autorización para Vacunas Contra la Tos Ferina

This form must be signed by the vaccine recipient or by the parent, guardian, or other authorized person on the date the vaccine is administered.

Manufacturer and Lot No.: _____
Expiration Date: _____
Facility Site: _____
Contact Person: _____ <i>For site use only (do not send to DPH)</i>

Este formulario debe ser firmado por la persona que recibe la vacuna o por el padre, encargado o la persona autorizada en la fecha que se administre la vacuna.

I have read or had explained to me the "Tdap Vaccine Information Statement." I have had an opportunity to ask questions which were answered to my satisfaction. I understand the benefits and risks of Tdap vaccine and request that it be given to me or to the person for whom I am authorized to make this request.

本人已經閱讀過關於百日咳疫苗的資料。我有機會發問並得到滿意的答覆。我也明白注射百日咳疫苗的益處和危險性。現在同意為我或為下列我所監護者注射。

He leído o me han explicado la "Hoja de Información Sobre la Vacuna Contra la Tos Ferina." He tenido la oportunidad para hacer preguntas las cuales fueron contestadas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna contra la tos ferina y solicito que se me administre o se le administre a la persona para quien estoy autorizado(a) para efectuar esta solicitud.

Date Fecha	Staff Initials	Shot Site	Signature <i>Vaccine Recipient (or Authorized Person, Include Recipient Name)</i> Firma <i>Paciente (o la Persona Autorizada, Incluye el Nombre del Paciente)</i> 接受疫苗注射者簽名 (或監護人代簽)	Age in Years <i>check one column only</i> Edad en Años <i>marque solo una columna</i> 年齡(請選 - 欄)			
				7-10 yrs	11-18 yrs	19-49 yrs	50+ yrs
			1.				
			2.				
			3.				
			4.				
			5.				
			6.				
			7.				
			8.				
			9.				
			10.				
			11.				
			12.				
			13.				
			14.				
			15.				
			16.				
			17.				
			18.				
			19.				
			20.				
TOTALS	→	→	→				