Muestra del Formulario de consentimiento parental para ImpactSIIS

Fecha: _____

Estimado padre/cuidador de _____ (nombre del niño).

Se realizará una evaluación auditiva. El objetivo de este programa es descubrir problemas potenciales para que se pueda brindar tratamiento. Los resultados de esta evaluación se ingresarán al ImpactSIIS, el Sistema seguro de administración de la información sobre inmunización de Ohio. Esto es solo una evaluación. Se recomienda que lleve a su hijo a su proveedor de atención primaria ("salud en el hogar") para que se le realicen más pruebas. Si tiene alguna pregunta sobre esta evaluación, comuníquese con: _____.

Marque Sí o No:

- Sí, deseo que se evalúe a mi hijo y que se ingresen los resultados en ImpactSIIS. (Complete todo el formulario, fírmelo abajo y devuélvalo.)
- Sí, deseo que se evalúe a mi hijo pero NO quiero que se ingresen los resultados en ImpactSIIS. (Complete todo el formulario, fírmelo abajo y devuélvalo.)
- NO, no quiero que se evalúe a mi hijo ni que se ingresen los resultados en ImpactSIIS. (Complete todo el formulario, fírmelo abajo y devuélvalo.)

Yo, _____ (*padre/cuidador*) del niño antes mencionado, por el presente documento autorizo al proveedor que completa este informe a enviar todos los registros pertinentes al estado de inmunización y los resultados de las evaluaciones a ImpactSIIS, el Sistema de administración de la información sobre inmunización de Ohio. Entiendo que puedo rehusarme a firmar esta autorización y que el hecho de rehusarme no afectará los servicios de evaluación que se proporcionan a mi hijo.

Este documento se proporciona como muestra. Consulte con su asesor legal.