

**Gary L. Behrmann, M.D**  
 PO Box 246 ♦ Payson, UT 84651 ♦ (801)465-4877

**Vaccine Consent Form**

I understand that for each vaccine administered I will be offered a copy of the Vaccine Information Statement(s) (VIS). I will have the opportunity to read, have explained to me, and understand the information in the VIS(s). I ask that the recommended vaccine(s) be given to me or to the person named below for whom I am authorized to make this request. I can refuse any vaccine(s) that I do not want administered. I consent to inclusion of this immunization data in the Utah Immunization Registry for myself or on behalf of the person named below.

PATIENT FULL NAME: \_\_\_\_\_ DATE OF BIRTH: \_\_\_\_\_

SIGNATURE OF PATIENT OR LEGAL GUARDIAN: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_

Recommended Immunizations for Children from Birth Through 18 Years Old

Birth	1 month	2 months	4 months	6 months	12 months	15 months	18 months	19-23 months	2-3 years	4-6 years	7-10 years	11-12 years	13-18 years	
HepB	HepB			HepB										
		RV	RV	RV										
		DTaP	DTaP	DTaP		DTaP				DTaP		Tdap		
		Hib	Hib	Hib		Hib								
		PCV	PCV	PCV		PCV								
		IPV	IPV	IPV										
				Influenza (Yearly)*										
					MMR					MMR				
					Varicella					Varicella				
					HepA§									
												HPV		
												MCV4	MCV4 booster at 16 years	

\*Two doses given at least four weeks apart are recommended for children aged 6 months through 8 years of age who are getting a flu vaccine for the first time.  
 §Two doses of HepA vaccine are needed for lasting protection. The first doses of HepA vaccine should be given between 12 months and 23 months of age. The second dose should be given 6 to 18 months later.

**Gary L. Behrmann, M.D**  
 PO Box 246 ♦ Payson, UT 84651 ♦ (801)465-4877

**Formulario de Consentimiento de Vacuna**

Yo entiendo que por cada vacuna administrada me ofrecerá una copia de la Declaración de Información de la Vacuna (s) (VIS). Voy a tener la oportunidad de leer, han explicado a mí y entiendo la información en el VIS (s). Les pido que la vacuna recomendada (s) se dará a mí o a la persona nombrada abajo para quien estoy autorizado para hacer esta solicitud. Puedo rechazar cualquier vacuna (s) que no quiero administrar. Doy mi consentimiento a la inclusión de estos datos de vacunación en el Registro de Inmunización de Utah por mí mismo o en nombre de la persona nombrada abajo.

PACIENTE NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE O GUARDIÁN LEGAL: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

Las vacunas recomendadas para niños desde el nacimiento hasta 18 años

nacimiento	1 mes	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	15 meses	18 meses	19-23 meses	2-3 años	4-6 años	7-10 años	11-12 años	13-18 años
HepB	HepB			HepB									
	RV	RV	RV										
	DTaP	DTaP	DTaP		DTaP					DTaP		Tdap	
	Hib	Hib	Hib	Hib									
	PCV	PCV	PCV	PCV									
	IPV	IPV		IPV									
					Influenza (Anual)*								
					MMR					MMR			
					Varicella					Varicella			
					HepA§								
												HPV	
												MCV4	
													MCV4 refuerzo a los 16 años

\*Dos dosis administradas al menos cuatro semanas de diferencia son recomendables para los niños de 6 meses a 8 años de edad que están recibiendo una vacuna contra la gripe por primera vez.

§Se necesitan dos dosis de la vacuna HEPA para una protección duradera. Las primeras dosis de la vacuna contra la Hepatitis A deben tener entre 12 y 23 meses de edad. La segunda dosis debe administrarse de 6 a 18 meses después.