



**Marion County Health Department**  
 3180 Center St. NE  
 Salem, Oregon 97301  
 503-588-5342

Child's Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

I am the parent or legal guardian of the above named child and give my permission for \_\_\_\_\_  
(Name of person bringing child to Health Department)  
 to bring the above named child to the Marion County Health Department for immunizations. I have read and understand the information sheet for each vaccine requested today. I have signed and completed the Vaccine Administration Record (VAR) for this child. I am aware I may have questions answered by calling the Health Department at (503) 588-5342.

I request that the following vaccines be given to the above named child (please initial by each vaccine requested):

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diphtheria-Tetanus-Pertussis (Dtap/Tdap) | <input type="checkbox"/> Tetanus-diphtheria (Td)      | <input type="checkbox"/> Pneumococcal (PCV13) |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A                              | <input type="checkbox"/> Hepatitis B                  | <input type="checkbox"/> Varicella            |
| <input type="checkbox"/> Measles-Mumps-Rubella (MMR)              | <input type="checkbox"/> Polio                        | <input type="checkbox"/> Rotavirus            |
| <input type="checkbox"/> Flu                                      | <input type="checkbox"/> FluMist                      | <input type="checkbox"/> Meningococcal        |
| <input type="checkbox"/> Human Papillomavirus (HPV)               | <input type="checkbox"/> Haemophilus Influenzae (Hib) |   |

**\*This permission slip is for one visit only.**

\_\_\_\_\_  
 Signature of Parent or Legal Guardian

\_\_\_\_\_  
 Date

I can be reached at this phone number if there are any questions the nurse needs to ask me. Phone: \_\_\_\_\_

**For Clinic Use Only**

Staff; please **highlight** vaccines needed **above**, and **circle**, which Vaccine Information Sheets (VIS) below are sent, home to parent/guardian.

<b>Dtap</b>	<b>Hep A</b>	<b>Hep B</b>	<b>Hib</b>
<b>HPV</b>	<b>MCV4</b>	<b>MMR</b>	<b>IPV</b>
<b>PCV13</b>	<b>Rotavirus</b>	<b>Td</b>	<b>Tdap</b>
<b>Flu</b>	<b>FluMist</b>	<b>Varicella</b>	



**Marion County Health Department**  
 3180 Center St. NE  
 Salem, Oregon 97301  
 503-588-5342

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Yo soy el padre/madre o tutor legal de niño(a) mencionado arriba y doy permiso para que \_\_\_\_\_  
(Nombre de la persona que traerá al niño/a al Dept. de Salud)  
 traiga al niño/a mencionado arriba al Departamento de Salud del Condado Marion para vacunación. Yo he leído y entiendo la hoja informativa de cada una de las vacunas solicitadas hoy. Yo he firmado y completado el Registro de Administración de Vacunas (VAR) para este niño/a. Yo soy consciente de que puedo recibir respuestas a mis preguntas llamando al Departamento de Salud al (503) 588-5342.

Yo solicito que el niño/a mencionado arriba reciba las siguientes vacunas (por favor ponga sus iniciales a lado de la vacuna pedida)

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Difteria-Tétano-Tos Ferina (Dtap/Tdap) | <input type="checkbox"/> Tétano-difteria (Td)            | <input type="checkbox"/> Antineumocócica (PCV13) |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A                            | <input type="checkbox"/> Hepatitis B                     | <input type="checkbox"/> Varicela                |
| <input type="checkbox"/> Sarampión-Paperas-Rubéola (MMR)        | <input type="checkbox"/> Polio                           | <input type="checkbox"/> Meningocócica           |
| <input type="checkbox"/> Vacuna de la Gripe                     | <input type="checkbox"/> Vacuna de la Gripe (intranasal) | <input type="checkbox"/> Rotavirus               |
| <input type="checkbox"/> Virus del Papiloma Humano (HPV)        | <input type="checkbox"/> Influenzae Haemophilus (Hib)    |  |

**\*Este permiso es valido para una visita solamente.**

\_\_\_\_\_  
 Firma del Padre o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
 Fecha

Si la enfermera necesita hacerme alguna pregunta, puede llamarme al siguiente numero de teléfono: \_\_\_\_\_

### For Clinic Use Only

Staff; please **highlight** vaccines needed **above**, and **circle**, which Vaccine Information Sheets (VIS) below are sent, home to parent/guardian.

<b>Dtap</b>	<b>Hep A</b>	<b>Hep B</b>	<b>Hib</b>
<b>HPV</b>	<b>MCV4</b>	<b>MMR</b>	<b>IPV</b>
<b>PCV13</b>	<b>Rotavirus</b>	<b>Td</b>	<b>Tdap</b>
<b>Flu</b>	<b>FluMist</b>	<b>Varicella</b>	