



## FORMULARIO DE CUMPLIMIENTO DE VACUNAS

Yo, \_\_\_\_\_, por el presente reconozco y acepto la política de cumplimiento de vacunas de la Clínica Pediátrica Westside, PC. Entiendo que al elegir la Clínica Pediátrica Westside como proveedor de atención médica para mi hijo/a, me comprometo a garantizar que mi hijo/a reciba las vacunas recomendadas según el calendario proporcionado por la Academia Americana de Pediatría (AAP) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

Comprendo que las vacunas son un componente crítico de la atención médica preventiva y desempeñan un papel vital en la protección de mi hijo/a contra enfermedades graves y potencialmente mortales. Acepto seguir el calendario de vacunación recomendado y entiendo que no hacerlo puede afectar la capacidad de la Clínica Pediátrica Westside para seguir brindando atención a mi hijo/a.

Reconozco que he recibido información sobre las vacunas recomendadas, sus beneficios y posibles riesgos. He tenido la oportunidad de discutir cualquier inquietud o pregunta con el equipo médico de la Clínica Pediátrica Westside.

**Firma del Padre / Tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_