



**Hudson County Vaccination Site
USS Juneau Center
110 Hackensack Avenue, Kearny, New Jersey**

Jynneos Immunization Parental/Guardian Consent Form for Minors

1. I am the parent/legal guardian of the below named minor.
2. I was given a copy of the FDA's *Fact Sheet for Recipients and Caregivers* in connection with the Emergency Use Authorization (EUA) for the Jynneos vaccine.
3. I acknowledge that I, along with the minor named below, have the option to either accept or refuse administration of the Jynneos vaccine.
4. I authorize administration of the Jynneos vaccine to the minor named below.
5. I will present a note from a physician stating that the minor should receive the Jynneos vaccine.

Parent/Guardian

Printed Name: _____

Signature: _____

Relation to Minor Named Below: _____

Date Authorized: _____

Minor Authorized to Receive Vaccine

Printed Name: _____

Date of Birth: _____





**Centro de Vacunación del Condado de Hudson:
USS Juneau Center
110 Hackensack Avenue, Kearny, New Jersey**

Formulario de consentimiento de Padres/Guardianes de la vacuna Jynneos para menores

1. Soy el padre/guardián legal del menor mencionado en esta forma.
2. Recibí una copia de la *Hoja Informativa de cuidado para receptores y proveedores* del FDA y EUA (Emergency Use Authorization) sobre la vacuna Jynneos.
3. Reconozco que el menor mencionado en esta forma y yo témenos la opción de aceptar o rechazar la vacuna Jynneos.
4. Autorizo que se le administre la vacuna Jynneos al menor mencionado en esta forma.
5. Presentaré una nota de un médico que indique que el menor debe recibir la vacuna Jynneos.

Padre/Guardián Legal

Nombre: _____

Firma: _____

Relación entre usted y el menor: _____

Fecha: _____

Menor autorizado para vacunarse

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

