

Formulario de Consentimiento de los Padres para la Clínica de Vacunación

Nombre de la escuela _____ Fecha _____

Para que su hijo obtenga las vacunas para adolescentes durante esta clínica escolar, debe

1. **Completar** ambos lados de este formulario, 2. **Proporcionar** los registros de vacunación anteriores 3. **Firmar y poner la fecha actual** a este formulario.

A. INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA QUE VA A RECIBIR LA VACUNA (POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE)

Nombre del estudiante Apellido(s) _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Género *Masculino Femenino*

Nombre del padre o guardián Apellido(s) _____ Nombre _____ Parentesco _____

Dirección del estudiante _____ Ciudad _____ Código postal _____

B. QUESTIONARIO DE ELEGIBILIDAD PARA LA VACUNA (POR FAVOR MARQUE LA CASILLA QUE CORRESPONDA)

- Medicaid** Un niño, de 0 a 18 años, que tiene Medicaid como seguro médico principal.
- Indio americano o nativo de Alaska** Un niño, de 0 a 18 años, que se identifica como indio americano o nativo de Alaska, independientemente del seguro médico.
- Sin seguro médico** Un niño, de 0 a 18 años, que no tiene seguro médico.
- El Seguro médico no cubre las vacunas (con seguro médico limitado)** Un niño, de 0 a 18 años, que tiene seguro de salud comercial (privado) pero la cobertura no incluye vacunas, niños cuyo seguro cubre solo vacunas seleccionadas (estos se clasifican como niños con seguro médico limitado solo para vacunas no cubiertas), o niños cuyo seguro limita la cobertura de vacunas a una cierta cantidad (una vez que se alcanza esa cantidad de cobertura, estos se clasifican como niños con seguro médico limitado).
- Seguro médico con cobertura completa** Un niño, de 0 a 18 años, que tiene un seguro de salud y le brinda cobertura para las vacunas. Si el seguro primario niega el reclamo y Medicaid es un seguro médico secundario, el proveedor de atención médica hará el ajuste y facturará a Medicaid.

C. QUESTIONARIO DE SALUD PARA VACUNAS (CIRCULE SÍ O NO)

Responda todas las preguntas sobre el estudiante que recibirá la(s) vacuna(s). Las respuestas determinarán si el estudiante puede ser vacunado en este momento.

- Sí No 1. ¿El estudiante tiene alguna alergia a medicamentos, alimentos o vacunas?
En caso afirmativo, por favor explique _____
- Sí No 2. ¿El estudiante ha tenido una reacción grave a una vacuna en el pasado?
- Sí No 3. ¿El estudiante ha tenido un problema de salud con asma, enfermedad pulmonar, enfermedad cardíaca, enfermedad renal, enfermedad metabólica (es decir, diabetes) o un trastorno de la sangre?
- Sí No 4. ¿El estudiante ha tenido una convulsión, un problema cerebral u otro problema del sistema nervioso, incluido el síndrome de Guillain-Barré?
- Sí No 5. ¿El estudiante tiene cáncer, leucemia, SIDA, tuberculosis activa o algún otro problema del sistema inmunológico?
- Sí No 6. ¿El estudiante ha tomado cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer o ha recibido tratamientos de radiación en los últimos tres (3) meses?
- Sí No 7. ¿Ha recibido el estudiante una transfusión de sangre o productos sanguíneos, o ha recibido inmunoglobulina (gamma) o un medicamento antiviral en el último año?
- Sí No 8. ¿La estudiante está embarazada o existe la posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes? En caso afirmativo, la estudiante no debe recibir las vacunas MMR, HPV o varicela.
- Sí No 9. ¿Ha recibido vacunas el estudiante en las últimas cuatro (4) semanas?
En caso afirmativo, por favor explique _____

D. CONSENTIMIENTO PARA VACUNAR

Me han dado una copia y he leído, o me han explicado, la información en la(s) Declaración(es) de Información de Vacunas para cada vacuna que recibirá mi hijo. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y comprender completamente los beneficios y riesgos de cada una de las vacunas indicadas y solicito que se administren las siguientes vacunas a mi hijo en la fecha programada de la clínica escolar (marque todas las que correspondan):

Formulario de Consentimiento de los Padres para la Clínica de Vacunación

Vacuna meningocócica conjugada (MCV4)

meningococo del serogrupo B (Meningitis B)

Polio

Hepatitis A

Tétanos, difteria, tos ferina acelular (Tdap)

Sarampión, paperas, rubéola (MMR)

Difteria, tétanos, tos ferina acelular (DTaP)

Varicela

Hepatitis B

virus del papiloma humano

Formulario de Consentimiento de los Padres para la Clínica de Vacunación

Doy permiso al Departamento de Salud del Condado de _____, al Departamento de Salud del Estado de Indiana y a sus designados para que vacunen al estudiante mencionado en este formulario.

Firma del padre o tutor _____ Fecha _____

E. TO BE COMPLETED BY PERSON ADMINISTERING VACCINE

Vaccine	Manufacturer/Lot Number/ Expiration Date	Signature of Vaccinator	Site	Route	Date of VIS
MCV4			Left or Right Deltoid	IM	
Tdap			Left or Right Deltoid	IM	
Varicella			Left or Right Arm	SC	
MMR			Left or Right Arm	SC	
IPV			Left or Right Arm	SCIM (Please circle)	
Hep B			Left or Right Deltoid	IM	
Hep A			Left or Right Deltoid	IM	
DTaP			Left or Right Deltoid	IM	
HPV9			Left or Right Deltoid	IM	
MenB			Left or Right Deltoid	IM	

Las vacunas VPH y Meningitis B no son requisitos escolares. Sin embargo, es un requisito de las clínicas escolares inscritas en el Programa De Vacunas Para Niños (VFC) ofrecer las vacunas VPH y Meningitis B tanto a niños como a niñas.

Nombre de la persona que ingreso la información en Children and Hoosier Immunization Registry program (CHIP) _____

Fecha _____