

Winona Health

Formulario de Consentimiento de los Padres de la Clínica de Inmunización Escolar

Nombre de la escuela _____

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

1. Complete ambos lados de este formulario, 2. Proporcionar registros de inmunización previos, y 3. Firme y feche este formulario.

Por favor, devuelva este formulario a la oficina principal de su escuela o a la oficina de salud.

A. INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA QUE RECIBE LA VACUNA (EN LETRA DE IMPRENTA)

Apellido del estudiante: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento del estudiante: _____ La edad: _____ género al nacer: ☐ Masculino
☐ Femenino

Raza: ☐ Blanco ☐ Negro ☐ Afroamericano ☐ Indio o Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Otro: _____

Grupo étnico: ☐ No hispano o latino ☐ Hispano o latino ☐ Múltiples grupos ☐ se niegan a responder

Dirección del estudiante: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Apellido del padre/tutor: _____ Nombre: _____ relación _____

Número de teléfono del padre/tutor: _____ dirección de correo electrónico: _____

Dirección de los padres si es diferente a la del estudiante: ☐ N/A ☐ _____

B. INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO (MARQUE LA CASILLA CORRESPONDIENTE)

- ☐ **Medicaid/Asistencia Médica** Un niño que tiene Medicaid como el seguro principal.
- ☐ Un niño que **se identifica como un indio americano o nativo de Alaska**, independientemente del seguro.
- ☐ Un niño que **no tiene seguro médico**.
- ☐ Un niño que tiene un **seguro de salud comercial (privado) pero que la cobertura no incluye vacunas**, niños cuyo seguro cubre solo vacunas seleccionadas (estos niños se clasifican como con seguro insuficiente solo para las vacunas no cubiertas), o niños cuyo seguro limita la cobertura de la vacuna a una cierta cantidad (una vez que se alcanza esa cantidad de cobertura, estos niños se clasifican como con seguro insuficiente).
- ☐ **Totalmente asegurado** Un niño que tiene seguro médico que proporciona cobertura para las vacunas. Si el seguro primario niega el reclamo y Medicaid es un seguro secundario, el proveedor de atención médica hará el ajuste y facturará a Medicaid.

Nombre del seguro: _____ ID de Grupo: _____ # de suscriptor: _____

Nombre de la parte responsable de la facturación (apellido, nombre, MI): _____

Relación con el paciente: _____ Número de teléfono: _____

Dirección del responsable: _____ Ciudad: _____ estado: _____ Código Postal: _____

Complete ambos lados de este formulario.

C. EVALUACIÓN DE LA SALUD DE LA VACUNA (MARQUE SÍ O NO) Por favor, 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.

D. CONSENTIMIENTO PARA VACUNARME Me han dado una copia y he leído, o me han explicado, la información en la(s)

Sí	No	1. ¿El estudiante tiene alguna alergia a medicamentos, alimentos o vacunas? En caso afirmativo, explique lo siguiente: _____
Sí	No	2. ¿El estudiante ha tenido una reacción grave a una vacuna en el pasado?
Sí	No	3. ¿Ha tenido el estudiante un problema de salud con asma, enfermedad pulmonar, enfermedad cardíaca, enfermedad renal, enfermedad metabólica (es decir, diabetes) o un trastorno sanguíneo?
Sí	No	4. ¿Ha tenido el estudiante 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 cualquier 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. ¿El estudiante ha recibido una transfusión de sangre o productos sanguíneos, o se le ha administrado inmunoglobulina (gamma) o un medicamento antiviral en el último año?
Sí	No	8. ¿La estudiante está embarazada o existe la posibilidad de que pueda quedar embarazada durante el próximo mes? En caso afirmativo, el estudiante no debe recibir las vacunas MMR, HPV, varicela, polio o MenB
Sí	No	9. ¿El estudiante ha recibido vacunas en las últimas cuatro (4) semanas? En caso afirmativo, enumere las vacunas: _____
Sí	No	10. ¿El estudiante está tomando aspirina?

Declaración(es) de Información sobre 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 solicitar que se le administren las siguientes vacunas a mi hijo en la fecha programada de la clínica escolar (marque todas las que correspondan):

- ☐ Meningococo (Menveo)
- ☐ Tétanos, difteria, tos ferina (Tdap)
- ☐ Virus del papiloma humano (VPH/Gardasil)
- ☐ Meningococo B (MenB)
- ☐ Hepatitis B
- ☐ Sarampión, paperas y rubéola (MMR)
- ☐ Varicela
- ☐ Poliomielitis

Doy permiso a Winona Health para vacunar al estudiante nombrado en este formulario.

Firma del padre/tutor _____ fecha _____

Por favor, devuelva este formulario a la oficina principal de su escuela o a la oficina de salud.