



Padre o tutor de: \_\_\_\_\_

El formulario de consentimiento de la vacuna debe ser devuelto por: \_\_\_\_\_

Estimado Padre / Tutor,

Los estudiantes que ingresan al sexto grado requerirán una dosis adicional de la vacuna TDAP (toxoides tetánico-diftérico y tos ferina acelular). Los estudiantes deben tener esta vacuna para ingresar al sexto grado. Esta ley entró en vigencia en 2010 y se puede encontrar en las Reglas de la Junta Estatal de Salud, Capítulo 420-6-1.03 (a).

Si desea participar en nuestra Clínica de vacunación ubicada en la escuela, complete en su totalidad y firme el formulario de consentimiento al dorso de este formulario. Asegúrese de marcar las vacunas deseadas en la parte superior del formulario, si no está marcado, le proporcionaremos todas las vacunas recomendadas por ACIP por las que su hijo debe estar actualmente. No hay ningún cargo para los padres por este servicio. Si su hijo tiene Medicaid, AllKids o un seguro privado, HNH facturará a la compañía de seguros por la vacuna. Si su hijo no tiene seguro, la vacuna también se administrará de forma gratuita.

Si su hijo está cubierto por PEEHIP, no podemos proporcionarle vacunas. Pedimos disculpas por este inconveniente; comuníquese con PEEHIP al 1-877-517-0020.

Consulte [www.immunize.org](http://www.immunize.org) o [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov) para obtener la Declaración de información sobre vacunas actual o más información sobre cada una de las vacunas recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) de los CDC.

Las siguientes vacunas recomendadas por ACIP están disponibles en la próxima clínica ubicada en la escuela:

A continuación se detallan las vacunas que su hijo debe recibir:

(Enfermera escolar: utilice el pronóstico ImmPrint para indicar vacunas no conformes. Una copia del pronóstico debe acompañar el formulario de consentimiento del estudiante al momento de la vacunación)

- o Tdap: tétanos, difteria, tos ferina: Boostrix® de 10 años en adelante
- o VPH- Virus del papiloma humano: Gardasil® Edades 9-26 con una segunda dosis después de 6 meses
- o MCV- Meningococo ACWY: Menveo® Edades 2 y más (con una dosis de refuerzo recomendada a los 16 años)
- o MCVB - Meningococo B: Bexsero® Edades 16-25 con una segunda dosis después de 30 días

Por favor devuelva el formulario de consentimiento, completado, con las vacunas deseadas marcadas, solo si desea que su hijo sea vacunado durante la clínica escolar; si no, deseche este formulario y haga una cita con el proveedor de atención médica de su hijo, el departamento de salud local o farmacia.

No dude en contactarnos al 205-609-0268 con cualquier pregunta o inquietud.



HNH Immunizations Inc.

[WWW.HEALTHHEROUSA.COM](http://WWW.HEALTHHEROUSA.COM)

**HEALTH  
HERO** You Keep Them Smart  
We Keep Them Healthy

Por favor seleccione la (s) vacuna (s) que usted acepta para que su hijo reciba:

Tdap  MCV  MCV-B  HPV  preventivo del cáncer

COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN Imprima con tinta (No se aceptarán formularios incompletos)

PRIMER NOMBRE DE ESTUDIANTE:										ULTIMO NOMBRE de Estudiante:									
Género Masculino Femenino					Fecha de nacimiento: (mes día año)					Años					Profesor de aula / grado				
Dirección										Teléfono # ( )									
Ciudad					Código postal					Estado					Raza del estudiante: (marque con un círculo) Afroamericano / Negro Blanco Alaska / Nativo americano Asiático Hispano Hispano No hispano Hawaiano / Isleño del Pacífico Otro:				
Dirección de correo electrónico:																			


Las leyes actuales de atención médica requieren que facturemos a su compañía de seguros por la vacuna. El servicio se ofrece sin costo alguno para usted. Las respuestas son siempre confidenciales.

Por favor complete las siguientes preguntas relacionadas con el seguro de salud de su hijo:

Seguro <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Mi hijo NO tiene seguro de salud <input type="checkbox"/>										Compañía de seguros:									
Nombre del titular de la póliza:					Apellido del titular de la póliza:														
Identificación de miembro:					Fecha de nacimiento del titular de la póliza: (mes / día / año)														

VERIFIQUE SI O NO PARA CADA PREGUNTA

SI	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. ¿Alguna vez su hijo ha tenido una (s) reacción (es) que amenazan la vida con alguna vacuna?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. ¿Su hijo tiene alguna alergia al látex?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. ¿Alguna vez su hijo tuvo una afección llamada Síndrome de Guillain Barré (GBS)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. ¿Ha tenido su hijo convulsiones u otro problema del sistema nervioso?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Si corresponde, ¿el estudiante está embarazada o amamantando?



**SI TIENE ALGUNA PREGUNTA DE SALUD, COMUNÍQUESE CON EL PEDIATRA DE SU HIJO O LLÁMENOS AL 205-609-0268 PARA HABLAR CON UN REPRESENTANTE.**

He leído la información sobre la vacuna y las precauciones especiales en la Hoja de información sobre la vacuna. Soy consciente de que puedo encontrar la Declaración de información sobre vacunas más actualizada y otra información en [www.immunize.org](http://www.immunize.org) o [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov). He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la vacuna y comprender los riesgos y beneficios. Solicito y doy consentimiento voluntario para que la vacuna se administre a la persona mencionada anteriormente de quien soy el padre o tutor legal y que tengo autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre. Reconozco que no se han hecho garantías con respecto al éxito de la vacuna. Por la presente libero al sistema escolar, HNH Immunizations, Inc. y subsidiarias, escuelas afiliadas de enfermería, sus directores y empleados de cualquier responsabilidad derivada de cualquier accidente o acto de omisión que surja durante la vacunación. Entiendo que este consentimiento es válido por 6 meses y que informaré a la escuela de cualquier cambio de salud antes de la fecha de la clínica de vacunación. Las fechas de la clínica se pueden obtener de la escuela. Entiendo que la información relacionada con la salud en este formulario se utilizará para fines de facturación del seguro. Doy permiso a HNH Immunizations Inc para discutir o apelar cualquier reclamo con mi compañía de seguros en mi nombre.

Nombre impreso del padre / tutor

Firma del padre / tutor

Fecha