



Padre o tutor de: _____

El formulario de consentimiento de la vacuna debe ser devuelto por: _____

Estimado Padre / Tutor,

Los estudiantes que ingresan al 6° grado requerirán una dosis adicional de la vacuna TDAP (toxoides tetánico-difteria y tos ferina acelular). Los estudiantes deben tener esta vacuna para entrar al 6to 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 y firme el formulario de consentimiento al dorso de este formulario. Asegúrese de verificar las vacunas deseadas en la parte superior del formulario, si no está marcado, le proporcionaremos las vacunas recomendadas por el ACIP que su hijo debe recibir actualmente. No hay ningún cargo para los padres por este servicio. Si su hijo tiene Medicaid, AllKids o seguro privado, HNH le facturará a la compañía de seguros 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.

Visite www.immunize.org o www.cdc.gov para ver la Declaración de Información de Vacunas actual o más información sobre cada una de las vacunas recomendadas por el Comité Asesor de Prácticas de Inmunización (ACIP) de los CDC.

Las siguientes vacunas recomendadas por el ACIP están disponibles en la próxima clínica ubicada en la escuela:
A continuación se muestran las vacunas que su hijo debe recibir (enfermera de la escuela; use el pronóstico de ImmPrint para indicar que las vacunas no son conformes)

- o Tdap- Tétanos, difteria, tos ferina: edades 11-12 (también 10 años y entrando al 6° grado)
- o VPH - Virus del papiloma humano: edades 11-12 con una segunda dosis después de 6 meses
- o MCV - Meningococcal ACWY: edades 11-12 con una dosis de refuerzo recomendada a los 16 años
- o MCVB - Meningococcal B: edades 16-18 con una segunda dosis después de 30 días

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, descarte 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.

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

WWW.HEALTHHEROUSA.COM

Formulario de consentimiento de la vacuna

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

Tdap MCV MCV-B HPV

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 / Ileño 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 de la vacuna. Soy consciente de que puedo encontrar la Declaración de Información de Vacunas más actualizada y otra información en www.immunize.org o www.cdc.gov. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la vacuna y entender los riesgos y beneficios. Solicito y doy mi consentimiento voluntario para que se administre la vacuna a la persona mencionada anteriormente de la cual soy el padre o tutor legal y que tengo autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre. Reconozco que no se han dado 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 toda 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 sobre cualquier cambio en la salud antes de la fecha de la clínica de vacunación. Las fechas de la clínica se pueden obtener en la escuela. Entiendo que la información relacionada con la salud en este formulario se utilizará para fines de facturación del seguro y se protegerá su privacidad.

Nombre impreso del padre / tutor

Firma del padre / tutor

Fecha

--	--	--