

VACUNAS EN LAS ESCUELAS – FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Por favor, escriba en letra de molde, claramente

Primer nombre: Número de seguro social (opcional) - -

Apellido: Fecha de nacimiento: m m d d a a a a

Apellido de soltera de la madre: Teléfono de la casa del estudiante:

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal:

Por favor, llene los círculos correspondientes completamente

Sexo	Grupo étnico	Raza		
<input type="radio"/> Masculino	<input type="radio"/> Hispano	<input type="radio"/> Indio americano	<input type="radio"/> Negro	<input type="radio"/> Otro
<input type="radio"/> Femenino	<input type="radio"/> No hispano	<input type="radio"/> Asiático	<input type="radio"/> Anglo	

Me han dado y he leído, o me han explicado, la información contenida en la "Declaración de información sobre vacunas" de la(s) enfermedad(es) y vacuna(s) señalada(s) abajo. Entiendo los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s) solicitada(s) y también entiendo que tengo la alternativa de no aceptar la(s) vacuna(s). Pido que las vacunas señaladas abajo se me pongan a mí o a la persona indicada por la cual estoy autorizado-a a hacer esta solicitud. Entiendo que algunas vacunas se ponen en serie a través de un período determinado y que, al firmar este formulario, apruebo que se pongan las vacunas marcadas abajo, incluso aquellas que se necesitan para completar una serie. Estoy de acuerdo en reportar cualquier problema que surja y dirigir cualquier pregunta que yo tenga a la enfermera de la escuela. Asimismo, entiendo que le puedo pedir a la enfermera de la escuela que me indique los procedimientos legales para suspender una serie de vacunas una vez se haya iniciado. Estoy de acuerdo en permitir que se dé a otros proveedores de cuidado médico información sobre las vacunas que me han puesto a mí o a mi representado-a, con el fin de evitar vacunación innecesaria o para determinar el estado de las inmunizaciones. También entiendo que mi proveedor de cuidados médicos puede dar esta información al registro de inmunización del estado (NMSIIS, por sus siglas en inglés), a menos que yo firme un documento que indique lo contrario.

Firma del cliente/padre o guardián: _____ Fecha: _____

SÓLO PARA USO DE LA ENFERMERA/EL ENFERMERO (Enter numbers and fill appropriate circles completely)

Chart #

Date of Service

For children 0-18 years, VFC category that applies:

- Native American Private insurance
 Salud/Medicaid or CHIP Has no health insurance

Vaccine: <input type="radio"/> DTaP <input type="radio"/> DTaP-HepB-IPV (Pediatrix) <input type="radio"/> DTaP-IPV-Hib (Pentacel) <input type="radio"/> DTaP-IPV (Kinrix) <input type="radio"/> Hep A	<input type="radio"/> Hep B/3 dose series <input type="radio"/> Hep B/2 dose series <input type="radio"/> HepB-Hib (Comvax) <input type="radio"/> Hib/4 dose series <input type="radio"/> Hib/3 dose series <input type="radio"/> HPV	<input type="radio"/> Influenza <input type="radio"/> MCV4 <input type="radio"/> MMR <input type="radio"/> MMRV <input type="radio"/> PCV7 <input type="radio"/> Polio	<input type="radio"/> Rotavirus/2d <input type="radio"/> Rotavirus/3d <input type="radio"/> Td <input type="radio"/> Tdap <input type="radio"/> Varicella <input type="radio"/> Other _____	Lot # <input type="text"/> Manufacturer: <input type="radio"/> Sanofi Pasteur <input type="radio"/> Merck <input type="radio"/> Medimmune <input type="radio"/> GlaxoSmithkline <input type="radio"/> Wyeth <input type="radio"/> Other _____	Injection Site <input type="text"/>
Vaccine: <input type="radio"/> DTaP <input type="radio"/> DTaP-HepB-IPV (Pediatrix) <input type="radio"/> DTaP-IPV-Hib (Pentacel) <input type="radio"/> DTaP-IPV (Kinrix) <input type="radio"/> Hep A	<input type="radio"/> Hep B/3 dose series <input type="radio"/> Hep B/2 dose series <input type="radio"/> HepB-Hib (Comvax) <input type="radio"/> Hib/4 dose series <input type="radio"/> Hib/3 dose series <input type="radio"/> HPV	<input type="radio"/> Influenza <input type="radio"/> MCV4 <input type="radio"/> MMR <input type="radio"/> MMRV <input type="radio"/> PCV7 <input type="radio"/> Polio	<input type="radio"/> Rotavirus/2d <input type="radio"/> Rotavirus/3d <input type="radio"/> Td <input type="radio"/> Tdap <input type="radio"/> Varicella <input type="radio"/> Other _____	Lot # <input type="text"/> Manufacturer: <input type="radio"/> Sanofi Pasteur <input type="radio"/> Merck <input type="radio"/> Medimmune <input type="radio"/> GlaxoSmithkline <input type="radio"/> Wyeth <input type="radio"/> Other _____	Injection Site <input type="text"/>
Vaccine: <input type="radio"/> DTaP <input type="radio"/> DTaP-HepB-IPV (Pediatrix) <input type="radio"/> DTaP-IPV-Hib (Pentacel) <input type="radio"/> DTaP-IPV (Kinrix) <input type="radio"/> Hep A	<input type="radio"/> Hep B/3 dose series <input type="radio"/> Hep B/2 dose series <input type="radio"/> HepB-Hib (Comvax) <input type="radio"/> Hib/4 dose series <input type="radio"/> Hib/3 dose series <input type="radio"/> HPV	<input type="radio"/> Influenza <input type="radio"/> MCV4 <input type="radio"/> MMR <input type="radio"/> MMRV <input type="radio"/> PCV7 <input type="radio"/> Polio	<input type="radio"/> Rotavirus/2d <input type="radio"/> Rotavirus/3d <input type="radio"/> Td <input type="radio"/> Tdap <input type="radio"/> Varicella <input type="radio"/> Other _____	Lot # <input type="text"/> Manufacturer: <input type="radio"/> Sanofi Pasteur <input type="radio"/> Merck <input type="radio"/> Medimmune <input type="radio"/> GlaxoSmithkline <input type="radio"/> Wyeth <input type="radio"/> Other _____	Injection Site <input type="text"/>