



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA Tdap (difteria, tos ferina y tétanos) DEL ESTUDIANTE

Nombre: _____
Apellido Nombre Segundo nombre

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ **Edad:** ____ **Sexo:** M F

Si es menor de edad – nombre del padre/tutor: _____
Apellido Nombre Inicial Segundo Nombre

Fecha de nacimiento del padre/tutor: ____ / ____ / ____ **Seguro Social del Padre/Madre:** _____ - ____ - ____
opcional

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Código Postal:** _____

Grado escolar: _____ **Maestro del salón de clases base:** _____ **Escuela:** _____

IMPORTANTE # tel de padre/tutor Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Contacto de emergencia: _____ **Número del contacto de emergencia:** _____
(Si no es el jefe de la familia)

Health Department Use Only

CI #: _____

Encounter #: _____

Receipt #: _____

Por favor marque SI o NO a todas las preguntas a continuación para determinar si su hijo(a) puede recibir la vacuna Tdap. La enfermera que aplicará la vacuna revisará esta información el día de vacunas de la clínica.

| | SÍ | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Su hijo(a) ha tenido alguna vez una reacción alérgica que pudo causar la muerte después de recibir una dosis de cualquier vacuna que contenga tétano, difteria o tos ferina? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Su hijo(a) tiene una alergia severa a cualquier componente de la vacuna Tdap? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Su hijo ha estado en coma o tenido convulsiones prolongadas o múltiples hasta siete días después de una dosis de DTP o DTaP? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Su hijo padece de epilepsia u otro problema del sistema nervioso; alguna vez ha tenido inflamación severa o dolor severo después de una previa dosis de la vacuna DTP, DTaP, DT, o Td; o alguna vez ha padecido el Síndrome de Guillain-Barré (GBS)? De ser así, consulte con su médico acerca de recibir la vacuna Tdap. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si usted ha contestado SÍ a alguna de las preguntas anteriores, es posible que la vacuna Tdap no sea segura para su hijo(a) y él/ella NO recibirá esta vacuna en la escuela.

NOTIFICACIÓN DE CONSENTIMIENTO TÁCITO PARA PRUEBA DE VIH, HEPATITIS B O C

El VDH (Departamento de Salud de Virginia) está obligado bajo § 32.1-45.1 del Código de Virginia (1950), según enmienda, de darle la siguiente notificación:

1. Si cualquier profesional de atención médica, trabajador o empleado de VDH estuviera expuesto de manera directa a la sangre o líquidos corporales de su hijo(a) en una forma que pueda transmitir enfermedades, yo entiendo que la ley requiere que mi hijo proporcione una muestra de sangre venosa para que se realicen más pruebas. Entiendo que las pruebas que se realizarán son para el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV), así como para hepatitis B y C. Un médico u otro prestador de atención médica le informará el resultado de la prueba. 2. Si su hijo(a) estuviera expuesto de manera directa a sangre o líquidos corporales de un profesional de atención médica, trabajador o empleado de VDH de una manera que pudiera transmitir enfermedades, se le hará a la sangre de la persona la prueba para la infección del virus de inmunodeficiencia humana (HIV), así como para hepatitis B y C. Un médico o prestador de atención médica le informará a usted y a esa persona el resultado de la prueba.

Dé vuelta a la parte posterior del formulario

Seguro médico*: Por favor conteste lo siguiente:

***Nota:** Esta información es necesaria para propósitos de financiamiento federal para la vacuna de VFC (Vacunas infantiles de Virginia). Esto no va a impedir que su hijo(a) reciba vacunas a través de este programa.

Nombre del titular de la póliza _____ Parentesco _____

- Mi hijo(a): () **no** está asegurado (por seguro médico privado, Medicaid, o FAMIS)
() es Indio Americano o Nativo de Alaska
() tiene Medicaid - # de Medicaid: _____
() tiene FAMIS - # de FAMIS: _____
() tiene otro seguro no mencionado anteriormente (especifique) _____
de Identificación (ID) _____

Yo autorizo a VDH a que libere los registros necesarios para apoyar la solicitud de pago por parte de Medicare, Medicaid, y otros beneficios de la atención médica. Yo solicito al tercero pagador para que pague cualquier beneficio autorizado a VDH de mi parte.

Oficina de Privacidad y Seguridad

Autorización para la Divulgación de Información Médica Protegida

Este consentimiento le otorga permiso al Departamento de Salud de Virginia (VDH) para divulgar información médica personal de la(s) persona(s) u organización(es) que he indicado.

- Yo entiendo que no puede estar condicionada la administración del tratamiento de mi hijo(a) a mi firma en esta autorización .
- Cualquier información que vuelva a ser divulgada por mí o por mi hijo(a) ya no estará protegida por esta autorización.
- El original o una copia de la autorización estará incluido en el expediente médico de mi hijo(a).
- Yo tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, salvo en la medida en que esa acción ya se haya realizado antes de mi petición de retener mi expediente médico. Esta petición debe ser por escrito y entrará en vigor tras la entrega al prestador en posesión de mi expediente médico.
- Yo autorizo a VDH a divulgar la información médica de mi hijo(a) a su médico de atención primaria y a la escuela.
- Yo entiendo que este registro se conservará por diez años después de la última visita o por cinco años después de los 18 años, lo que ocurra más tarde.
- Yo autorizo a VDH para que libere los documentos necesarios para apoyar la solicitud de pago por parte de Medicare, Medicaid, y otros beneficios de atención médica. Autorizo al tercero pagador para que pague cualquier beneficio autorizado a VDH de mi parte.
- Yo entiendo que este documento será entregado a y retenido por el departamento de salud pública y no será conservado por la escuela.

Por favor marque la casilla si desea recibir una copia de los Derechos de Privacidad del Departamento de Salud de Virginia.

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN DEL HIJO(A):

He leído la Declaración de Información de Vacunación (VIS) de 2013 para la vacuna de Tdap, y entiendo los riesgos y beneficios, y doy mi consentimiento al Departamento de Salud y su personal autorizado para que mi hijo(a) nombrado(a) en la parte superior de este formulario reciba la vacuna de Tdap (inyección).

Firma del padre o tutor legal: **X** _____ Fecha: ____/____/____

Por favor envíe una copia del registro de vacunación de mi hijo(a) a su doctor en la siguiente dirección.

Nombre del doctor _____ Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

HEALTH DEPARTMENT USE ONLY

| Date | Item code | Lot Number | Vaccine Administration Site | Provider # |
|---|-----------|------------|-----------------------------|------------|
| | | | RA LA | |
| Comments | | | | |
| Provider Name/Signature and Date | | | | |