

Consentimiento informado para la vacuna 2017-2018TDAP Meningococcal HPV COMPLETE TODA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN - **Imprima con tinta** (No se aceptarán formularios incompletos)

NOMBRE del estudiante:										APELLIDO del estudiante:																			
Sexo: Masculino Femenino					Fecha de nacimiento: (mes/día/año)					Edad					Maestro del salón/Grado														
Dirección																				N.º de teléfono particular () -					N.º de teléfono celular () -				
Ciudad					Código Postal					Estado					Etnia del estudiante: (Marque una opción) Afroamericano/Negro Blanco Alaskeño/Nativo americano Asiático Hispano No hispano Hawaiano/Isleño del Pacífico Otro:														
Dirección de correo electrónico:																													

Las leyes actuales de cuidado de la salud nos exigen facturarle a su compañía de seguros por la vacuna. El servicio se le brinda a usted sin costo.
Las respuestas siempre son confidenciales.

Complete las siguientes preguntas sobre el seguro médico de su hijo/a:

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

INDIQUE SÍ O NO A CADA PREGUNTA

Sí	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. ¿Ha tenido su hijo alguna vez un reaction(s) mortal después de una dosis previa de difteria, tétanos o tos ferina que contiene la vacuna?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. ¿Ha tenido su hijo alguna vez una reacción alérgica peligrosa para la vida después de una dosis previa de vacuna contra el meningococo ACWY?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. ¿Su hijo ha tenido síndrome de Guillain-Barre?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. ¿Ha su niño ha tenido convulsiones u otro problema del sistema nervioso?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. ¿Ha tenido su hijo alguna vez un reaction(s) mortal después de una dosis previa de Gardasil?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. ¿Caso, es el estudiante embarazado o amamantando?
<p>SI TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE SALUD, COMUNÍQUESE CON EL PEDIATRA DE SU HIJO/A O LLÁMENOS AL 205-609-0268 PARA HABLAR CON UN REPRESENTANTE.</p>		

He leído la información sobre la vacuna y los cuidados especiales en la Hoja de Información de la Vacuna. Soy consciente de que puedo encontrar la Declaración de Información de la Vacuna más actual e información adicional en el sitio www.immunize.org o en www.cdc.gov. He tenido la oportunidad de hacer consultas sobre la vacuna y entiendo los riesgos y beneficios. Solicito y doy voluntariamente mi consentimiento para que la vacuna se administre a la persona mencionada arriba, de quien soy padre, madre o tutor legal y tengo autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre. Reconozco que no recibí ninguna garantía con respecto al éxito de la vacuna. Por el presente, eximo al sistema escolar, a HNH Immunizations, Inc. y subsidiarias, escuelas afiliadas de enfermería, sus directores y empleados de toda responsabilidad que pueda resultar de cualquier accidente u acto de omisión que surgiera durante la vacunación. Entiendo que este consentimiento es válido por 6 meses y que informaré a la escuela de cualquier cambio de salud anterior a la fecha de la vacunación. Las fechas para la vacunación se pueden obtener mediante la escuela. Entiendo que la información relacionada con la salud en este formulario se usará a fines de facturación del seguro y que se protegerá la privacidad.

Nombre de padre, madre o tutor en letra de imprenta

Firma de padre, madre o tutor

Fecha

Número de LOTE: _____ RN N.º _____ ÁREA PARA USO EXCLUSIVO DE LA ADMINISTRACIÓN OFICIAL		Fecha de VENC.: _____ Fecha: _____		HNH Immunizations, Inc. 326 Prairie Street North. Union Springs, AL 36089 205-609-0268	
---	--	---------------------------------------	--	---	--

