



**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA Tdap
PARA ESTUDIANTES - 2016**



Nombre: _____
Apellido Nombre Segundo nombre

Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___ Edad: ___ Sexo: M F

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

Fecha de nacimiento Padre/Tutor: ___ / ___ / ___ # Seguro Social: _____ - _____ - _____
opcional

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Grado: _____ Maestro del salón de clase: _____ Escuela: _____

IMPORTANTE #de teléfono Padre/Tutor Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

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

Health Department Use Only

CI #: _____
Encounter #: _____
Receipt #: _____

Por favor marque SI o NO en 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 la vacunación.

- | | SÍ | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Su hijo(a) ha tenido alguna vez una reacción alérgica que pudo haber causado 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(a) ha estado en coma, o ha tenido convulsiones prolongadas hasta siete días después de recibir una dosis de DTP o DTaP? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Su hijo(a) padece de epilepsia u otro problema del sistema nervioso; alguna vez ha presentado inflamación severa o dolor severo después de una previa dosis de DTP, DTaP, DT, o Td; o alguna vez ha padecido el Síndrome de Guillain-Barré (GBS)? De ser así, consulte con su médico antes de recibir la vacuna. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

El VDH está obligado bajo § 32.1-45.1 del Código de Virginia (1950), y sus enmiendas, de darle la siguiente notificación:

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

Dé vuelta a la parte posterior del formulario

Seguro*: Favor conteste lo siguiente: Esta información es necesaria para propósitos de financiamiento federal para la vacuna VFC

***Nota:** Las vacunas serán proporcionadas a su hijo sin cargo si el niño es elegible para el Programa Vacunas para los Niños. Si su hijo está cubierto con seguro de salud, el Departamento deberá solicitar el reembolso de todos los gastos permitidos relacionados con la provisión de la vacuna. **Su hijo/a no será vacunado si usted no proporciona toda la información del seguro solicitada a continuación.**

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 (especificar el plan)
Identification de la Póliza (ID #) _____ Nombre del titular de la póliza _____
Adjunte copia del frente y dorso de la tarjeta de seguro o proporcione la siguiente información:
Dirección de la Compañía de Seguros: _____
Número de teléfono de la compañía de seguro _____

Autorizo al VDH a que divulgue los registros necesarios para apoyar la solicitud de pago por parte de Medicare, Medicaid, y otros beneficios de atención médica. Solicito que el pagador externo pague cualquier beneficio autorizado a VDH en mi nombre.

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 a la(s) persona(s) u organización(es) que he indicado.

- Entiendo que la administración de tratamiento a mi hijo(a) no puede estar condicionada a que yo firme esta autorización.
- Cualquier información médica 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 se incluirá en el expediente médico de mi hijo(a).
- Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, salvo en la medida en que se haya realizado una acción antes de mi solicitud de retener mi expediente médico. La solicitud debe ser por escrito y entrará en vigor tras la entrega al prestador en posesión de mi expediente médico.
- Autorizo al VDH a divulgar la información médica de mi hijo(a) a su médico de atención primaria y a la escuela.
- Entiendo que este registro se conservará por 21 años después de nacido.
- 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 NIÑO(A):

He leído la Declaración de Información de Vacunación (VIS) de 2015 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: _____ Fecha: ____/____/____

Por favor enviar 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					