

## Formulario de Consentimiento para Vacunarse

<b>INFORMACIÓN PERSONAL</b>			Año de graduación: _____	
Nombre de la escuela secundaria a la que va el estudiante				
Escriba nombre y apellido del estudiante		Nombre: _____	<input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento: _____/_____/_____
Apellido: _____			<input type="checkbox"/> F	
Dirección: _____		Ciudad: _____	Estado: _____	Código Postal: _____
Escriba el nombre del padre o guardián legal: _____			Número de teléfono durante el día: _____	

**INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO:**

Nombre de la compañía de seguro: \_\_\_\_\_

Número de identificación: \_\_\_\_\_ Número de Grupo (si tiene): \_\_\_\_\_

No seguro

**EVALUACIÓN MÉDICA DE ELEGIBILIDAD PARA SER VACUNADO**

- ¿Tiene su hijo alergias a medicamentos, alimentos o a cualquier vacuna? S / N si su respuesta es sí, descríbala: \_\_\_\_\_
- En el pasado, ¿ha tenido su hijo alguna vez, una reacción seria a una vacuna? S / N si su respuesta es sí, explíquelo: \_\_\_\_\_
- Alguna vez, ¿ha tenido su hijo ataques o problemas cerebrales? S / N \_\_\_\_\_
- ¿Tiene su hijo leucemia, SIDA, o alguna otra condición del sistema inmune? S / N \_\_\_\_\_
- ¿Toma su niño cortisona, “prednisone”, esteroides o medicina anti-cáncer? S / N \_\_\_\_\_
- En el último año, ¿ha recibido transfusión de sangre, productos de sangre, o le han dado inmunoglobulina? S / N \_\_\_\_\_
- En las últimas 4 semanas, ¿ha recibido su niño alguna vacuna? S / N si su respuesta es sí, cual(es): \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA SER VACUNADO EN LA ESCUELA**

Para las vacunas solicitadas, he visto la(s) hoja(s) de Información de la Vacuna en la página de internet <http://www.immunize.org>, o he obtenido una copia de la misma llamando al 222-5960. Yo entiendo los beneficios y riesgos de la (s) vacuna (s) que he solicitado. Yo entiendo que será enviado un registro de la(s) vacuna(s) administrada(s) en éste programa, al Sistema Estatal KIDSNET, dentro de 48 horas después de ser vacunado. Yo, por la presente, libero “The Wellness Company” de toda responsabilidad asociada con posibles efectos secundarios por la administración de la vacuna.

**POR FAVOR FIRME AL LADO DE CADA VACUNA SOLICITADA:**

		<b>Vaccination History</b>		
		<i>List Dates If Available</i>		
HEP A	X _____	FECHA: _____	DOSE #1 _____	#2 _____
HEP B	X _____	FECHA: _____	DOSE #1 _____	#2 _____ #3 _____
HPV	X _____	FECHA: _____	DOSE #1 _____	#2 _____ #3 _____
MMR	X _____	FECHA: _____	DOSE #1 _____	#2 _____
MENINGITIS	X _____	FECHA: _____	DOSE #1 _____	#2 _____ #3 _____
POLIO	X _____	FECHA: _____	DOSE #1 _____	#2 _____ #3 _____
TDAP/ TD	X _____	FECHA: _____	TDAP: _____	TD: _____ TD: _____
CHICKEN POX	X _____	FECHA: _____	DOSE #1 _____	#2 _____ DATE X: _____

**Regrese ésta hoja a la enfermera de su escuela**