



Clínica Healthy Kids  
Una parte de Cumberland Family Medical Center,  
Inc.  
Apartado de correos 2399 · Russell Springs, KY 42642  
Línea gratuita: 844.435.0900

Estimado padre/tutor:

La Clínica Healthy Kids se complace en asociarse con el distrito escolar de su estudiante para proporcionar exámenes físicos y / o vacunas durante el horario escolar por parte de un proveedor de atención médica con licencia. Si desea que Healthy Kids Clinic complete las vacunas físicas y / o vacunas requeridas indicadas por el Aviso de incumplimiento, complete el consentimiento a continuación.

### Formulario de consentimiento de vacuna

**Se adjunta una copia de las Declaraciones de Información sobre Vacunas (VIS) que se verifican a continuación. He leído y entiendo la información del VIS. Doy mi consentimiento para que la(s) vacuna(s) que se verifican a continuación se entreguen a la persona nombrada en este consentimiento para quien estoy autorizado a hacer esta solicitud. Doy mi consentimiento para la inclusión de estos datos en el Registro de Inmunización de Kentucky en nombre de la persona que figura en este consentimiento.**

DTAP  TDAP  TD  HepA  HepB  HIB  Mentactra  MMR

PCV  IPV  Varicela  Otros: \_\_\_\_\_

### VACUNAS OPCIONALES:

**VPH/Gardasil**-La vacuna contra el VPH (virus del papiloma humano) protege contra 9 tipos de VPH. El VPH puede causar cáncer de cuello uterino, cáncer de garganta, cáncer de pene, cáncer anal y verrugas genitales y se transmite a través del contacto sexual. La vacuna es una serie de 2 o 3 dosis, dependiendo de la edad. Las edades de 14 años o menos son una serie de 2 dosis y las edades de 15 años en adelante son una serie de 3 dosis.

Por favor, compruebe si desea que su hijo reciba la vacuna contra el VPH/Gardasil:  Sí  NO

**Trumenba**-Esta vacuna protege contra el serogrupo B meningocócico. Se administra como una serie de 2 dosis para personas de 16 a 23 años que no tienen un mayor riesgo de enfermedad meningocócica. Se administra como una serie de 3 dosis a personas de 10 años o más que tienen un mayor riesgo.

Por favor, compruebe si desea que su hijo reciba la vacuna Trumenba:  Sí  NO

Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento del estudiante:
Nombre del seguro:	Alergias:
Nombre del padre/tutor (imprimir):	
Firma del padre/tutor:	

\*\*Marque la casilla si desea que le contacten antes de la administración de la vacuna

\*\*Número de teléfono: \_\_\_\_\_



Clínica Healthy Kids  
Una parte de Cumberland Family Medical Center,  
Inc.  
Apartado de correos 2399 · Russell Springs, KY 42642  
Línea gratuita: 844.435.0900

\*\*Marque la casilla si desea que le contacten antes de la administración de la vacuna

\*\*Número de teléfono: \_\_\_\_\_