

**División de Salud del Condado de Sedgwick
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE VACUNAS**

Basado en los registros de vacunación disponibles para la enfermera de la escuela y la División de Salud

Información del estudiante

Apellido	Nombre	Teléfono	Edad	Fecha nacimiento
Dirección Calle		Ciudad	Estado	Código Postal
Género M__ F__	Hispano o Latino Sí__ No__	Médico de atención primaria:		
Raza: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Nativo americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro				
Autorización para contactar : – Por favor, ponga sus iniciales y marque todas las que correspondan: Iniciales_____ Esta información se puede utilizar para contactarme con respecto a recordatorios de citas o vacunaciones para mí o para quienes soy el padre o tutor. <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Correo electrónico (proporcionarlo)_____				

Cuestionario de Evaluación de Vacunación

1. ¿La persona que se vacunará está enferma o tiene una fiebre alta?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. ¿Ha tenido la persona una reacción grave a una vacuna en el pasado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3. ¿La persona que se vacunará tiene alguna alergia que cause una reacción severa (anafiláctica)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4. ¿La persona que se vacunará ha tenido convulsiones u otros problemas neurológicos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5. ¿La persona que se vacunará tiene problemas médicos que le dificultan combatir una infección?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
6. ¿La persona que se vacunará tiene contacto cercano y regular con alguien que tiene un sistema inmune debilitado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
7. ¿La persona está tomando cortisona, prednisona, otros esteroides, medicamentos contra el cáncer o recibió radioterapia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
8. ¿La persona que se vacunará ha recibido sangre, plasma o inmunoglobulina en los últimos doce meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
9. ¿La persona que se vacunará está embarazada o está pensando embarazarse en los próximos tres meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
10. ¿En qué fecha comenzó su último ciclo menstrual? Fecha:_____	<input type="checkbox"/> No aplica	

Doy permiso para que el estudiante arriba reciba las siguientes vacunas que NO ha recibido aún. Marque las casillas Y ponga sus iniciales en todo lo que corresponda.

- Sí/Iniciales:** _____ **Todas las vacunas requeridas para la escuela.**
- Sí/Iniciales:** _____ **Todas las vacunas adicionales recomendadas por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades/CDC.**
- Sí/Iniciales:** _____ **SOLAMENTE las vacunas marcadas a continuación. Entiendo que mi hijo puede ser excluido de la escuela debido al incumplimiento de los reglamentos de vacunación de la escuela.**

Vacunas requeridas por la escuela					Vacunas recomendadas por CDC	
<input type="checkbox"/> DTaP	<input type="checkbox"/> TD	<input type="checkbox"/> MMR	<input type="checkbox"/> Prevnar	<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> HPV	<input type="checkbox"/> Conjugada de meningitis
<input type="checkbox"/> TDap	<input type="checkbox"/> Polio (IPV)	<input type="checkbox"/> HIB	<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Antigripal	<input type="checkbox"/> Meningitis B

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:

Sí/Iniciales: _____ Reconozco que se me ha facilitado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Condado de Sedgwick con fecha 1° de julio de 2013 antes de que firmara este formulario de consentimiento. Mi firma a continuación da permiso para que yo/mi hijo sea vacunado en la escuela y autorizo el intercambio electrónico de información al Registro de Vacunación de Kansas. También autorizo el intercambio mutuo de mis registros de vacunación o los de mi hijo entre la enfermera escolar y la División de Salud del Condado de Sedgwick.

AUTORIZACIÓN DE SEGURO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Sí/Iniciales: _____ Solicito que el pago de los Beneficios Médicos autorizados facturados al seguro (incluyendo Medicare, Medicaid y KanCare) se realice en nombre del estudiante a la División de Salud del Condado de Sedgwick por cualquier servicio brindado al estudiante por esa entidad. Autorizo a cualquier titular de la información médica del estudiante a que divulgue a los servicios de los Centros de Medicare y Medicaid (CMS) y a sus agentes toda la información necesaria para determinar estos beneficios pagaderos por servicios relacionados. Entiendo y acepto que la División de Salud del Condado de Sedgwick presenta los reclamos al seguro como una cortesía. Además, entiendo y reconozco que si el proveedor cumple con todos los requisitos del programa, pero Medicaid y/o cualquier otra cobertura de seguro no realiza el pago, yo, como estudiante/padre/tutor del estudiante, puedo ser responsable de los cargos.

Firma del padre/tutor o estudiante _____ **Fecha** _____

Nombre con letra de molde padre/tutor o estudiante _____ **Fecha nacimiento padre/madre** _____

FOR OFFICE USE ONLY: Patient Eligibility			
<input type="checkbox"/> T19	<input type="checkbox"/> No Health Insurance	<input type="checkbox"/> Native American/Alaska Native	<input type="checkbox"/> T21
<input type="checkbox"/> Fully Insured	<input type="checkbox"/> Underinsured (Insurance does not cover immunizations)	<input type="checkbox"/> Underserved (Insurance co-pay or deductible high enough to provide a barrier to immunizations)	<input type="checkbox"/> Yellow – School Located Clinic Consent
Revised 4/2018			