



Investing today for a healthy tomorrow

HEALTH DEPARTMENT
PINE STREET HEALTH SERVICES
215 S. PINE STREET, 2ND FLOOR
NEWTON, KANSAS 67114

PHONE: 316-283-1637
FAX: 316-283-1757

March 7, 2017

Estimados Padres de Preadolescentes y Adolescentes:

Hay cuatro vacunas recomendadas para preadolescentes y adolescentes: estas vacunas ayudan a proteger a sus hijos, sus familiares y amigos. Mientras sus hijos deben recibir una vacuna contra la gripe cada año, las otras tres vacunas preadolescentes se deben administrar cuando los niños tienen entre 11 y 12 años de edad.

Las siguientes vacunas son recomendadas por la Academia Americana de Pediatría (AAP), el Consejo Americano de Prácticas de Inmunización (ACIP) y el CDC:

- ✓ **Tdap** - La vacuna Tdap protege contra el tétanos, la difteria y la tos ferina (tos ferina).
- ✓ **Meningococcal** - La vacuna conjugada contra el meningococo protege contra algunas de las bacterias que pueden causar la enfermedad meningocócica incluyendo la sepsis y la meningitis
- ✓ **HPV** - Las vacunas contra el virus del papiloma humano (VPH) ayudan a proteger a las niñas y los niños contra la infección por el VPH y los cánceres causados por el VPH
- ✓ **Flu** - 6 meses de edad y mayores deben vacunarse contra la gripe cada año.

El Departamento de Salud del Condado de Harvey ofrecerá tres de las vacunas en el **Centro Santa Fe 5/6 el viernes 28 de abril y el viernes 5 de mayo**. Nuestro objetivo es asegurar que los estudiantes y el personal estén al día en todas las vacunas. Las vacunas ofrecidas incluyen:

- Tdap (Tetanus, Difteria y tos Ferina)
- HPV (Virus de Papilomo Humano)
- Meningitis

Adjunto encontrará el formulario de registro de SLV. Si desea vacunarse a su hijo, complete el formulario de inscripción y devuélvalo con el pago a la escuela de su hijo o al Departamento de Salud para el **jueves 20 de abril**.

Aceptamos seguro privado, Medicaid y KanCare. Una copia de ambos lados de la tarjeta de seguro debe ser enviada con el Formulario de Inscripción. Una escala de tarifas deslizantes está disponible para aquellos que califican. Consulte el formulario de registro para obtener más información. No podremos vacunar a nadie con papeleo o pago incompleto.

Una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad y de la Hoja de Información de Vacunas del Departamento de Salud del Condado de Harvey será enviada a usted cuando lo solicite. Ambas hojas estarán disponibles para los estudiantes la fecha de la vacunación y pueden encontrarse en nuestro sitio web y en <http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/current-vis.html>.

Comuníquese con el Departamento de Salud del Condado de Harvey si tiene alguna pregunta.
Sinceramente,

Tobias Harkins
Assistant Director/Director of Nursing

Harvey County Health Department is committed to protecting the public's health and environment, preventing disease, and promoting healthy living.

DÉPARTAMENTO DE SALÚD DEL CONDADO DE HARVEY – SLV REGISTRATION FORM

Escoja la vacuna que necesitamos dar al cliente llamado debajo **Tdap** **HPV** **Meningitis**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE :

Apellido: _____ Nombre: _____ Dia de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Tele. De la casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

ESCUELA QUE ESTA ATENDIENDO: _____

Sexo: Masculino Femenino **Estado Civil:** Soltero/a Casado/a Viudo/a

Raza: Caucásico Asiático Negro Am. Indio Nativo de Hawaii/ Islas Pacíficas Otro

Etnicidad: Hispana No-Hispana

NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA PERSONA PRINCIPAL EN SU HOGAR:

Apellido: _____ Nombre: _____ Dia de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Tele. De la casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

E-MAIL: _____

Para clients de 18 años de edad y menor solo: Escoja uno debajo

- KanCare/Medicaid Seguro privado No seguro La aseguransa no paga las vacunas
- Los niños con servicios marginados son niños que están en la edad escolar y están inscribidos en el programa de almuerzo reducido o grátis (prueba debe ser presentada).

El pago o los arreglos deben ser hechos antes la vacunación será dada. ¿Cómo planea usted pagar?

- Yo voy a pagar hoy la tarifa completa . Cheque o Efectivo. Haga el cheque al Departamento de Salud del Condado de Harvey.
- Me gustaria aplicar al precio reducido. Las rentas brutas de mi familia son _____ por _____. Personas en su familia ____ (Por favor use las rentas brutas se su Forma del IRS 1040 del 2010 si usted archivó impuestos).
- Mande la cuenta al seguro privado. La aseguransa debe ser presentada al tiempo de servicio. El Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento del Asegurado: _____
- Mande la cuenta a Medicare. La tarjeta necesita ser presentada al tiempo de servicio.
- Mande la cuenta al Medicaid/KanCare y/o el Medicaid. La tarjeta debe ser presentada al tiempo de servicio.

Lea por favor y verifique cada caja que aplica antes de firmar.

- Solicito que es mandada a mi una copia de la Declaración de Información de Vacuna
- Solicito que las vacunas para ser dadas a la persona denominada arriba para quien soy autorizado a haceresta petición.
- Reconozco que me han ofrecido una copia de la Práctica de la Intimididad con la fecha de vigencia del 4 de Septiembre de 2013.
- Solicito el pago de beneficios de seguro al Departamento de Salud del Condado de Harvey.
- Autorizo la libertad de solo informacion médica o facturar necesaria para procesar reclamos para proveedores de seguro incluyendo Medicare o Medicaid.
- Concuerto en ser completamente responsable de cualquier co-paga, deducible o no cubrió los servicios. Fracaso de pagar un balance de una cuenta pendiente, puede resultar de que su cuenta sea referida a una Agencia de Colección para resolverla.

Firma del Cliente o Individuo Responsable

Parentesco al Cliente

Fecha

Para el cliente recibir cualquiera vacuna todas las preguntas de atrás deben ser respondidas

1. ¿La persona que va a ser vacunada ha tenido reacciones a alguna vacuna? SI NO
2. ¿La persona que se va a vacunar ha recibido vacuna 30 días antes de hoy? SI NO
3. ¿La persona que se va a vacunar tiene cualquiera alergia a comida o medicamento que produce reacción?. SI NO
4. ¿La persona que se va a vacunar ha tenido convulsiones, o otros problemas neurológicos? SI NO
5. ¿La persona que se va a vacunar ha tenido el síndrome de Guilliam-Barre (es una forma de parálisis) . . . SI NO
6. ¿La persona que se va a vacunar tiene algún problema médico que a ella/el se le haga difícil
 peliar infecciones? ? SI NO
7. ¿La persona que se va a vacunar tiene al gun contacto cerca con cualquiera persona que tiene el
 sistema inmuno débil y que necesita está en un ambiente protegido? SI NO
8. ¿La persona que se va a vacunar tiene alguna historia de enfermedades de la sangre, enfermedades del los
 riñones, enfermedades del corazón, o enfermedades metabólicas (e.g. diabetes)? SI NO
9. ¿La persona que se va a vacunar tiene asma, corriente jadeo (si es dentro de 5 año) o jadeo activo? SI NO
10. ¿La persona que se va a vacunar esta recibiendo esta recibiendo aspirina o tratamiento conteniendo
 aspirina (is dentro de 18 año)? SI NO
11. ¿La persona que se va a vacunar está tomando esteroides, quimioterapia, medicinas de artritis o
 recientemente ha completado un curso de esteroides? SI NO
12. ¿La persona que se va a vacunar está enferma o tiene fiebre alta? SI NO

SOLO PARA MUJERES: (le pretence a la persona que se esta vacunando)

1. ¿La persona que se va a vacunar, está embarazada o piensan estar embarazada en dentro de tres meses? . SI NO
2. ¿Si no está embarazada, ¿Qué día fue su más reciente periodo menstrual? _____



FOR CLINICAL USE ONLY

| VACCINE | EXT | SITE | ROUTE | VIS DATE | DOSE | MANUFACTURER, LOT #, EXP DATE |
|------------|----------|-----------------------|-------|----------|------|----------------------------------|
| Tdap | RT LT | Deltoid Vastus Lat | IM | 04/15/15 | | |
| HPV | RT LT | Deltoid Vastus Lat | IM | 02/24/15 | | |
| Meningitis | RT LT | Deltoid Vastus Lat | IM | 03/31/16 | | |

Rev 3/2013

Signature and Title of Vaccine Administrator

Date