



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

### Oficina de Privacidad y Seguridad

#### Autorización para la divulgación de información médica protegida

El presente consentimiento autoriza al Departamento de Salud de Virginia (VDH) a divulgar información médica personal a las personas u organizaciones que he indicado.

- Entiendo que la prestación de tratamiento para mi hijo no podrá depender de que yo firme esta autorización.
- Cualquier información médica que haya sido divulgada por mi hijo o por mí ya no estará protegida por esta autorización.
- Se incluirá el original o una copia de la autorización en el registro médico de mi hijo.
- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas antes de que yo solicitara la retención del registro médico. Se debe presentar la solicitud por escrito, y esta entrará en vigencia a partir de la fecha de entrega al proveedor que tenga mis registros médicos.
- Autorizo al VDH a divulgar la información médica de mi hijo a su médico de atención primaria y a la escuela.
- Entiendo que los registros de vacunación de mi hijo se conservarán por un plazo de 21 años después del nacimiento.
- Entiendo que se entregará este documento al departamento de salud pública, quien lo conservará, y la escuela no conservará dicho documento.

Marque la casilla si desea recibir una copia de la Notificación de las Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud de Virginia.

#### **CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN CONTRA EL VPH DEL NIÑO:**

Mi hijo NUNCA ha sido vacunado contra el VPH. **Nota: Su hijo necesitará dos dosis: la primera dosis ahora y la segunda dosis 6 meses después de la dosis 1. NOTA: los niños con ciertas afecciones médicas pueden requerir tres dosis. Consulte con su proveedor para evaluar la necesidad de una tercera dosis.**

Mi hijo(a) ha recibido la primera dosis de la vacuna contra el VPH. **Nota: la segunda dosis debe recibirse 6 meses después de la dosis 1.**

He leído la Declaración de Información de Vacunación (VIS) de 2021 para la vacuna contra el VPH. Entiendo los riesgos y beneficios, y doy mi consentimiento al Departamento de Salud y su personal autorizado para que mi hijo(a), mencionado en la parte superior de este formulario reciba la vacuna contra el VPH (inyección). **Si es necesario, doy mi consentimiento para que mi hijo(a) reciba la segunda dosis aproximadamente seis meses después de la primera dosis.**

Firma del padre o tutor legal:  \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### **CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA MenACWY DEL NIÑO:**

He leído la Declaración de Información sobre Vacunación (VIS) de 2021 para la Vacuna MenACWY. Entiendo los riesgos y beneficios, y doy mi consentimiento al Departamento de Salud y a su personal autorizado para que mi hijo(a), mencionado en la parte superior de este formulario reciba la vacuna antimeningocócica ACWY (inyección).

Firma del padre o tutor legal:  \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### **CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA Tdap DEL NIÑO:**

He leído la Declaración de Información sobre Vacunación (VIS) de 2021 para la Vacuna Tdap. Entiendo los riesgos y beneficios, y doy mi consentimiento al Departamento de Salud y a su personal autorizado para que mi hijo(a), mencionado en la parte superior de este formulario reciba la vacuna Tdap (inyección).

Firma del padre o tutor legal:  \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Envíe una copia del registro de vacunación de mi hijo a su médico a la siguiente dirección.

Nombre del Médico \_\_\_\_\_ Dirección postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

SÓLO PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD						
Date	Item code	Fund Source	Lot Number	Vaccine Administration Site		Provider #
	Tdap	VFC STF		RA	LA	
	MenACWY	VFC STF		RA	LA	
	HPV #1	VFC STF		RA	LA	
	HPV #2	VFC STF		RA	LA	
		VFC STF		RA	LA	
Comments						
Provider Name/Signature and Date						