



**ALLENTOWN SCHOOL DISTRICT
SCHOOL IMMUNIZATION PROGRAM**

Formulario de Consentimiento para la Vacuna

Sección 1: INFORMACION SOBRE EL NIÑO PARA RECIBIR LA VACUNA(S)

APELLIDO DEL ESTUDIANTE	NOMBRE DEL ESTUDIANTE	M.I.	FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE MES DIA AÑO		
APELLIDO DEL PADRE / TUTOR LEGAL	NOMBRE DEL PADRE / TUTOR LEGAL	M.I.	NUMERO DE TELEFONO DEL PADRE		
RAZA DEL ESTUDIANTE (SELECCIONE) WHITE BLACK ASIAN AMERICAN INDIAN OTHER	ETNICIDAD DEL ESTUDIANTE HISPANO / LATINO SI O NO	ESTUDIANTES GENERO	EDAD DEL ESTUDIANTE	GRADO DE ESTUDIANTES	
CALLE	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL		

Sección 2: Examen de detección del seguro y elegibilidad para las vacunas VFC

Encierre en un círculo la opción correspondiente como se explica en la carta para los padres:
 SIN SEGURO SEGURO INSUFICIENTE MEDICAID NATIVO DE ALASKA INDIO AMERICANO

Sección 3: Detección de contraindicaciones para la(s) vacuna(s)

	SÍ	NO
1. ¿El niño que va a ser vacunado está actualmente enfermo o tiene fiebre?		
2. ¿Tiene el niño alguna alergia a medicamentos, alimentos, componentes de vacunas o látex? Por favor enumere:		
3. ¿Ha tenido el niño una reacción grave a una vacuna en el pasado?		
4. ¿El niño tiene antecedentes de convulsiones febriles?		
5. ¿Tiene el niño algún problema del sistema inmunológico (por ejemplo, cáncer, leucemia, HIV/ SIDA)?		
6. En los últimos 3 meses, ¿ha tomado el niño algún medicamento que afecte el sistema inmunológico, como prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer?		
7. En el último año, ¿el niño recibió una transfusión de sangre o productos sanguíneos, o se le administró inmunoglobulina (gamma) o un medicamento antiviral?		
8. ¿Está embarazada la niña / adolescente o hay algún cambio en el que podría quedar embarazada durante el próximo mes o amamantando?		
9. ¿Ha recibido el niño una vacuna en las últimas 4 semanas?		

Sección 4: Consentimiento de Vacunación Individual

Vacunas Requeridas por la Escuela:

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> DPT | <input type="checkbox"/> Hep B | <input type="checkbox"/> Tdap |
| <input type="checkbox"/> Td | <input type="checkbox"/> MMR | <input type="checkbox"/> Meningococcal |
| <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Varicela | |

Doy mi consentimiento para las vacunas requeridas por la escuela identificada.

Fecha _____ Firma del Padre/Tutor Legal _____

Reference:
 Immunization Action Coalition. (n.d.). *Screening checklist for contraindications to vaccines for children and teens*. Retrieved from www.immunize.org/catg.d/p4060.pdf
 ASD Health Services 3/2022



**ALLENTOWN SCHOOL DISTRICT
SCHOOL IMMUNIZATION PROGRAM**

Vacunas recomendadas de ACIP:

- Meningococcal B
- HPV
- Hep A
- Flu

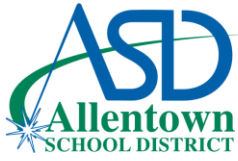
Doy mi consentimiento para las vacunas recomendadas de ACIP.

Fecha _____ Firma del Padre/Tutor Legal _____

Sección 5: Consentimiento

He leído, o me han explicado, y me han dado una copia de la(s) Declaración(es) de información sobre la(s) vacuna(s) (VIS) sobre la(s) vacuna(s) que recibirá mi hijo. Tuve la oportunidad de hacer preguntas y fueron respondidas a mi entera satisfacción. Entiendo los riesgos y beneficios de la vacunación. Mi firma a continuación otorga mi consentimiento para que una enfermera del Distrito Escolar de Allentown administre todas las vacunas para que mi hijo, nombrado en la parte superior de este formulario, cumpla con las vacunas requeridas por la escuela identificadas por el Estado de Pensilvania y cualquier vacuna recomendada por ACIP. Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para que una enfermera del Distrito Escolar de Allentown administre las vacunas mencionadas sin mi presencia o la presencia de ningún padre/tutor. Entiendo que puedo cancelar este permiso en cualquier momento poniéndome en contacto con la enfermera de la escuela de mi hijo.

Fecha _____ Firma del Padre/Tutor Legal _____



ALLENTOWN SCHOOL DISTRICT
SCHOOL IMMUNIZATION PROGRAM