IMMUNIZACIÓN

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE PADRES

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE (UTILICE SÓLO TINTA NEGRA)

PRIMER NOMBRE DEL ESTUDIANTE	Inicial	APELLIDO(S) DEL ESTUDIANTE	EDAD	GRADO

FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/YYYY) / /	GENERO ☐ Masculino ☐ Femenino	ESCUELA	MAESTRO(A)

RAZA ☐ indio americano/nativo de Alaska ☐ asiático ☐ negro/afroamericano ☐ Hawaiano/isleño Pacífico ☐ blanco

ETHNICIDAD ☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano o Latino

DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL

PRIMER NOMBRE DEL PADRE/ TUTOR	APELLIDO(S) DEL PADRE/ TUTOR	NÚMERO TELEFÓNICO CELULAR DEL PADRE/TUTOR ( ) -

CORREO ELECTRONIO DEL PADRE/ TUTOR	NÚMERO TELEFÓNICO DE CASA DEL PADRE/TUTOR ( ) -

INFORMACIÓN DEL SEGURO (POR FAVOR LLENE COMPLETAMENTE)

MEDICAID ☐ Sí (Escribe el número de Medicaid) ☐ No (Continúe completando el formulario)	NÚMERO DE MEDICAID DE SC
SEGURO MÉDICO ☐ Sí (Escribe la información del seguro) ☐ No (Continúe completando el formulario)	COBERTURA PARA VACUNACIÓN ☐ Sí ☐ No

Marque la vacuna que le gustaría que su hijo/a reciba:

☐ Tdap (obligatorio) ☐ Varicela (obligatorio) ☐ Hepatitis B (obligatorio) ☐ Meningitis (recomendado)
☐ HPV (recomendado) ☐ Hepatitis A (recomendado) ☐ Polio ☐ Influenza ☐ MMR ☐ DTaP

PREGUNTAS PREVISTA ANTES DE LA VACUNACIÓN

POR FAVORE RESPONDE A TODAS LAS PREGUNTAS A CONTINUACIÓN:

1. ¿Ha tenido su hijo/a algún problema de salud o enfermedades graves, como enfermedades cardíacas, diabetes, asma o trombocitopenia? En caso afirmativo, indique:	☐ Sí ☐ No
2. ¿Su hijo/a tiene alergias al látex, medicamentos, alimentos o vacunas (por ejemplo: huevos, proteína bovina, gelatina, gentamicina, polimixina, neomicina, fenol, levadura o timerosal)? En caso afirmativo, indique:	☐ Sí ☐ No
3. ¿Ha tenido su hijo/a alguna vez una reacción después de recibir una vacuna, incluyendo desmayos o mareos?	☐ Sí ☐ No
4. ¿Ha tendido su hijo/a alguna vez un trastorno cerebral convulsivo por el cual usted está tomando medicamentos anticonvulsivos, un trastorno cerebral, síndrome de Guillain-Barre (una condición que causa parálisis) u otro problema del sistema nervioso?	☐ Sí ☐ No
5. **Para las mujeres:** ¿Está embarazada o está pensando en quedar embarazada durante el próximo mes?	☐ Sí ☐ No
Para varicela, MMR•11, solamente: Responde las siguientes preguntas solamente si está recibiendo alguna de las vacunas mencionadas anteriormente.	☐ Sí ☐ No
6. ¿Ha recibido su hijo/a algunas vacunas o pruebas cutáneas en las últimas cuatro a ocho semanas? En caso afirmativo, indique:	☐ Sí ☐ No
7. ¿Su hijo/a tiene una condición médica que pueda debilitar su sistema inmunológico (por ejemplo, cáncer, leucemia, linfoma, VIH, SIDA, trasplante)?	☐ Sí ☐ No
8. ¿Su hijo/a toma actualmente algún medicamento? En caso afirmativo, indique el medicamento:	☐ Sí ☐ No
9. ¿Su hijo/a está tomando actualmente una terapia de esteroides en dosis altas (prednisona >20mg/día o equivalente) durante más de 2 semanas?	☐ Sí ☐ No
10. ¿Su hijo/a ha recibido una transfusión de sangre o productos sanguíneos o se le ha administrado un medicamento llamado inmunoglobulina (gamma) en el último año?	☐ Sí ☐ No
11. ¿Le gustaría que se envíe una copia impresa de la Hoja de Información de la Vacuna a casa con su hijo/a?	☐ Sí ☐ No

AUTHORIZACION, CONSENTIMIENTO, DIVULGACIÓN E INTERCAMBIA DE INFORMACIÓN

Yo voluntariamente solicito y doy mi consentimiento para que el Distrito Escolar del Condado de Charleston (CCSD) proporcione las vacunas seleccionadas anteriormente para mi hijo/a el/la cual esta mencionado/a en este formulario. También doy mi consentimiento para que mi hijo/a reciba estas vacunas en la escuela, para que las administre el personal de enfermería del CCSD. Se me han proporcionado las declaraciones de información sobre las vacunas. También se pueden encontrar en www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/current-vis.html. Tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre las vacunas. Entiendo los riesgos y beneficios de las vacunas. Entiendo que las vacunas se administrarán en forma de inyección. He leído y respondido las preguntas anteriores con atención y precisión, y entiendo que la información incorrecta podría causar serios riesgos para mi hijo/a. En caso de exposición ocupacional, doy mi consentimiento para que se realicen análisis de sangre a mi hijo/a si es necesario para la seguridad del niño/a y de los empleados. Entiendo que la información sobre las vacunas de mi hijo/a será reportada al Registro de Inmunizaciones de SC para propósitos de salud pública. Por la presente LIBERO Y EXIMO DE RESPONSABILIDAD AL CCSD, sus empleados, fideicomisarios y/o agentes ("liberados") de toda responsabilidad, reclamación, demanda y causa de acción de cualquier tipo o naturaleza, ya sea en derecho o en equidad, que pueda surgir como resultado de recibir las vacunas solicitadas, incluidas las reclamaciones de lesiones corporales y/o mentales, enfermedad o muerte, ya sea por negligencia de los liberados o de otro modo.

Además, doy mi consentimiento para que CCSD divulgue e intercambie información sobre el servicio proporcionado junto con el nombre de mi hijo/a, la fecha de nacimiento, el número de Medicaid o de seguro médico, el género y mi información de contacto con la Agencia de Medicaid (Departamento de Salud y Servicios Humanos); y que el CCSD facture y reciba el pago por los servicios descritos en este documento de la Agencia de Medicaid. Entiendo que el reembolso de Medicaid por los servicios de enfermería que no son IEP proporcionados por el CCSD y no afectará ningún otro servicio de Medicaid para el cual mi hijo/a es elegible. El CCSD operará bajo las pautas de la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA) y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) para garantizar la confidencialidad con respecto al tratamiento de mi hijo/a y la provisión del servicio de enfermería que no son del IEP.

He leído información del Autorización, Consentimiento, Divulgación e Intercambia de Información anterior y entiendo sus disposiciones y aplicabilidad y se me ha dado la opción y recomendación de consultar con mi médico personal. Entiendo que participar en el programa de vacunación es totalmente voluntario y que mi hijo/a no está obligado/a a participar. Tengo la autoridad legal, basada en mi relación con la persona indicada anteriormente, para dar mi consentimiento para la administración de esta vacuna.

FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL	FECHA

VACCINE ADMINISTRATION DOCUMENTATION
(CLINIC USE ONLY)

VACCINE HISTORY

Documentation	Nurse's Initials	Comments
No Contraindications or Precautions		
No Allergies		
Previous Doses (if applicable)		
Not pregnant (if female)		

VACCINE ELIGIBILITY

Eligibility Code	Eligibility Category	Eligibility Check	Comments
1	Pediatric VFC> Medicaid		
2	Pediatric VFC>AA/AN		
3	Pediatric VFC> No Health Insurance		
4	Pediatric State > Underinsured/Hardship		
5			

DOCUMENTATION

Vaccine Name	Dosage	Dose #	Site	Route	Manufacturer	Lot #	VIS	Elig
Tdap	0.5ml			IM	Sanofi		04/01/2020	
Varicella	0.5 ml			SQ	Merck		08/15/2019	
MMR	0.5 ml			SQ	Merck		08/15/2019	
Hepatitis B	0.5ml			IM	GSK		08/15/2019	
Meningococcal- Menactra	0.5 ml			IM	Sanofi		08/15/2019	
HPV-9	0.5ml			IM	Merck		10/30/2019	
Hepatitis A	0.5 ml			IM	GSK		07/28/2020	
Influenza (IIV4)	0.5 ml			IM	GSK		08/15/2019	
Influenza (LAIV4)	0.5 ml			Nasal	MI		08/15/2019	
IPV					Sanofi		08/06/2021	
DTaP				IM	GSK		08/06/2021	
Pediarix				IM	GSK		08/06/2021	
Kinrix				IM	GSK		08/06/2021	
MMRV				SQ	Merck		08/06/2021	

SIGNATURE/TITLE PERSON ADMINISTERING VACCINE	DATE
CLINIC SITE	IIS ENTRY COMPLETE ☐