HEALTH HERO — You Keep Them Smart We Keep Them Healthy

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA VACUNACIÓN

Escanear código QR para Información sobre vacunas Declaración

Nombre de la Escuela _____

POR FAVOR COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN - POR FAVOR ESCRIBA CON TINTA (NO SE ACEPTARÁN FORMULARIOS INCOMPLETOS)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE		**INICIAL MEDIA**		**APELLIDO DEL ESTUDIANTE**		**SUFFIX**	
GÉNERO Masculino (M) Femenino (F)		**Fecha de nacimiento** (mes/día/año)		**EDAD**		**GRADO**	
PROFESOR							
DIRECCIÓN						**APELLIDO DE LA MADRE**	
CIUDAD		**ESTADO**		**CÓDIGO POSTAL**		**TELÉFONO**	
EMAIL							

La legislación sanitaria vigente nos obliga a facturar la vacuna a su compañía de seguros. El servicio es gratuito. Sus respuestas son confidenciales.

MI HIJO ESTÁ INSCRITO EN MEDICAID (VFC ELIGIBLE) (marque con una X)		**MI HIJO TIENE UN SEGURO COMERCIAL** (VFC NO ELIGIBLE) (marque con una X)		**ID MIEMBRO NÚMERO DE PÓLIZA**	
Alabama Medicaid	☐	BCBS / All kids	☐	**COMPAÑÍA DE SEGUROS**	
ALTO NO devuelva este formulario a menos que desee que su hijo sea vacunado.		Aetna	☐	**NOMBRE TITULAR DE LA PÓLIZA**	
		CHAMPVA	☐	**APELLIDO TITULAR DE LA PÓLIZA**	
		Cigna	☐	**FECHA DE NACIMIENTO** (mes/día/año)	
		Tricare	☐		
		UMR- Wausau	☐		
		United Health Care	☐		
		Viva Health Plan	☐	**MI HIJO NO TIENE SEGURO** (VFC ELIGIBLE) (marque con una X)	☐

RAZA DEL ESTUDIANTE (marque con una X)		**ETNIA** (marque con una X)		**PREGUNTAS DE SALUD** (marque con una X)	**SI**	**NO**
Afroamericano	☐	**Hispano**	☐	**¿Esta es la primera vez que su hijo reciba una vacuna antigripal?**	☐	☐
Blanco	☐	**No-Hispano**	☐	**¿Ha tenido su hijo alguna reacción adversa a alguna vacuna en el pasado, incluído el síndrome de Guillain Barre?**	☐	☐
Asiatico	☐			**¿Su hijo padece algún trastorno sanguíneo como hemofilia o drepanocitosis?**	☐	☐
Hawaiano / Isleño	☐					
Alaska / Nativo americano	☐					
Otros	☐					

He leído la información sobre la vacuna y las precauciones especiales que figuran en la Hoja de información sobre la vacuna. Soy consciente de que puedo encontrar la Declaración Informativa sobre Vacunas más actualizada y otra información en www.immunize.org o www.cdc.gov. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la vacuna y entiendo los riesgos y beneficios. Solicito y consiento voluntariamente que se administre la vacuna a la persona arriba mencionada de la que soy padre o tutor legal y tengo autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre. Reconozco que no se han dado garantías sobre el éxito de la vacuna. Por la presente libero al sistema escolar, HNH Immunizations Inc, MaxVax LLC, Health Hero y sus filiales, subsidiarias, escuelas de enfermería afiliadas, sus directores y empleados de cualquier y toda responsabilidad que surja de cualquier accidente o acto de omisión que surja durante la vacunación. Entiendo que este consentimiento es válido por 6 meses y que informaré a la escuela de cualquier cambio de salud antes de la fecha de la clínica de vacunación. Reconozco que estoy dando permiso para que HNH Immunizations Inc. adjudique y apele reclamaciones con mis proveedores de seguros en mi nombre. Las fechas de las clínicas se pueden obtener en la escuela. Entiendo que la información relacionada con la salud en este formulario se utilizará para fines de facturación del seguro y se protegerá su privacidad. Apruebo el uso de mi número de teléfono para recibir información relacionada con la salud. Solicito y consiento voluntariamente que se administre la vacuna y se inscriba en el registro estatal a la persona arriba indicada.

NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR CON AUTORIDAD PARA AUTORIZAR LAS VACUNAS			
NOMBRE		**FECHA DE LA FIRMA** (mes/día/año)	
FECHA DE NACIMIENTO DE QUIEN FIRMA (mes/día/año)		**RELACIÓN CON EL NIÑO**	

Zona de uso exclusivo de la Administración
VIS CDC IIV 08/06/2021
Lot # _____ Exp: _____
Date: _____
_____ LPN/RN/MD

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE SALUD, PÓNGASE EN CONTACTO CON EL PEDIATRA DE SU HIJO O LLÁMENOS AL AL 205-609-0268 PARA HABLAR CON UN REPRESENTANTE, CONSULTE HTTP://WWW.HEALTHHEROUSA.COM PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN.

HNH Immunizations Inc.
326 Prairie Street N.
Union Springs, AL 36089
AL@healthherousa.com
205-609-0268