



School: \_\_\_\_\_

Date Form Received by School: \_\_\_\_\_

**Departamento de Salud y Servicios Humanos**  
**División de Salud Pública**  
**Formulario de Permiso de Inmunización**

**Información del Niño (por favor imprima):**

Apellido \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Inicial del 2do nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_

Etnicidad: Hispano/No-Hispano Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

# telefónico durante el día del **Padre** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ # telefónico durante la noche (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Información del Contacto de Emergencia (por favor imprima):**

Nombre del Contacto \_\_\_\_\_ # telefónico durante el día (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Relación del Contacto con el niño \_\_\_\_\_

**Permiso para las Inmunizaciones:**

- Sí**, como padre/tutor, doy mi permiso para que mi hijo \_\_\_\_\_
- Reciba las vacunas Tdap y / o meningocócicas en su escuela. He recibido, leído y entendido la (s) Hoja (s) de Información sobre la Vacuna (s) sobre la (s) enfermedad (es) y para la (s) vacuna (s) enumerada (s).
  - He tenido la oportunidad de que mis preguntas sean respondidas por el proveedor médico de mi hijo o por el DHHS del Condado de Guilford – División de Salud Pública a mi satisfacción.
  - He recibido, leído y comprendido la información en el consentimiento adjunto de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA).
  - Autorizo a DHHS del Condado de Guilford - División de Salud Pública a revelar información específica de mi hijo con fines de tratamiento, pago / operaciones como se indica en el consentimiento de HIPAA

**No**, como padre / tutor, **NO** quiero que mi hijo \_\_\_\_\_  
reciba la (s) vacunas Tdap y / o meningocócicas en su escuela.

**Firma de Padre / Tutor** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Información del seguro del niño. Esta información es requerida. Por favor marque la línea apropiada:**

- Mi hijo tiene Medicaid. El número de Medicaid es \_\_\_\_\_
- Mi hijo no tiene cobertura de seguro
- Mi hijo tiene otra cobertura de seguro:
  - Número de póliza / grupo United Health Care \_\_\_\_\_  
Nombre del PCP que figura en la tarjeta \_\_\_\_\_
  - Política / número de grupo de Blue Cross Blue Shield \_\_\_\_\_  
Nombre del PCP listado en la tarjeta \_\_\_\_\_
  - Nombre de otro seguro \_\_\_\_\_  
Número de política / grupo \_\_\_\_\_  
Nombre del PCP listado en la tarjeta \_\_\_\_\_

**Preguntas sobre la Inmunización**

Por favor marque con un círculo "Sí" o "No" para cada una de las siguientes preguntas. Todas las preguntas **DEBEN** ser contestadas para que su hijo reciba la vacuna (s) Tdap y/o meningocócicas en su escuela.

¿Su hijo tiene alguna alergia, incluyendo la vacuna o cualquier agente usado para hacer la(s) vacuna (s)?	Si	No
¿Tiene su hijo un antecedente de Síndrome de Guillain-Barré?	Si	No
¿Su hijo ha tenido una convulsión después de recibir la DTP / DTaP?	Si	No
¿Su hijo tiene convulsiones o un trastorno del sistema nervioso?	Si	No
Fecha del último período menstrual / / . ¿Está embarazada su hija?	Si	No
¿Quién es el medico de su hijo (a) (o el nombre del consultorio)?		

			<b>For Local Health Department Use Only for Tdap Vaccine: ICD-10 Z23</b>			
			<b>CPT: 90715 90715SL</b>			
			<b>Admin Code: 90471 Modifiers: EP TJ NC</b>			

Date	Vaccine	State Or Fee	Route	Lot #	Expire Date	Nurse Signature
	TDAP		IM			

			<b>For Local Health Department Use Only: Menactra Vaccine: ICD-10 Z23</b>			
			<b>CPT: 90734 90734SL</b>			
			<b>Admin Code: 90471 90472 Modifiers: EP TJ NC</b>			

Date	Vaccine	State Or Fee	Route	Lot #	Expire Date	Nurse Signature
	MENACTRA		IM			

Comentarios/Notas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_