

Si necesita vacunas, envíe el
formulario completo antes del 12 de
marzo de 2025

ESCUELA DEL CONDADO DE ONSLOW
Clínica de Extensión de Inmunización 2024-2025

A. INFORMACIÓN DE LA ESCUELA DEL ESTUDIANTE

Nombre de la Escuela:		Grado:		Maestro:	
-----------------------	--	--------	--	----------	--

B. INFORMACIÓN PERSONAL DEL ESTUDIANTE

Nombre Completo del Estudiante (Último, Primer Segundo, Sufijo)		Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)		Edad	
--	--	-------------------------------------	--	------	--

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	Número de Seguro Social (XXX-XX-XXXX)		Origen Hispano: ☐ Sí ☐ No
--	---------------------------------------	--	---

El apellido de Soltera y el Primer Nombre de la Madre (ayudan en el proceso de reduplicación del cliente en el Registro de Inmunización de Carolina del Norte (NCIR)):	
--	--

Raza: ☐ Blanco ☐ Negro ☐ Amerindio ☐ Asiático ☐ Nativo de Hawái / Otro isleño del Pacífico ☐ Negarse a especificar
--

Dirección Postal Completa (calle, ciudad, estado, código postal):	
---	--

Teléfono de la Casa:	Teléfono Celular:	Teléfono del Trabajo:
----------------------	-------------------	-----------------------

C. INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO (Adjunte una copia del anverso y reverso de su(s) tarjeta(s) de seguro, si corresponde)

☐ Asegurado. Proporcione información sobre el seguro(s) a continuación. ☐ No asegurado. comuníquese con O.C. DSS (910)455-4145 para solicitar Medicaid
--

Nombre del Seguro Primario		Póliza de Seguro # o Beneficio # del Departamento de Defensa de Tricare	
----------------------------	--	---	--

Nombre del Suscriptor Principal		Fecha de Nacimiento del Suscriptor Principal:	
---------------------------------	--	---	--

Relación del Estudiante con el Suscriptor: ☐ Propio ☐ Niño ☐ Otro:	¿INMUNIZACIONES CUBIERTAS? ☐ SI ☐ NO
---	--

Nombre del Seguro Secundario		Póliza de Seguro # o Beneficio # del Departamento de Defensa de Tricare	
------------------------------	--	---	--

Nombre del Suscriptor Secundario		Fecha de Nacimiento del Suscriptor Principal:	
----------------------------------	--	---	--

Relación del Estudiante con el Suscriptor: ☐ Propio ☐ Niño ☐ Otro:	¿INMUNIZACIONES CUBIERTAS? ☐ SI ☐ NO
---	--

Cuando corresponda, yo, el paciente mencionado anteriormente, o el representante autorizado del paciente, entiendo que puedo ser financieramente responsable ante el Departamento de Salud del Condado de Onslow (OCHD) por los cargos no cubiertos por mi(s) compañía(s) de seguro médico. Autorizo el pago de beneficios médicos a OCHD en mi nombre por los servicios prestados, a menos que se hayan hecho otros arreglos. Autorizo el uso de la firma a continuación en todas las presentaciones de seguros, ya sean manuales o electrónicas. Además, acepto reembolsar a OCHD cualquier dinero que reciba de mi compañía de seguros médicos por los servicios que me brindó OCHD por los cuales no he pagado.

D. HIPAA, DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA Y PUBLICACIÓN DE REGISTROS DE VACUNAS

Con mi firma a continuación, demuestro que estoy legalmente autorizado para dar este consentimiento y:

- Soy el paciente o el representante personal del paciente.
- He recibido una copia del "Aviso de Prácticas de Privacidad" del Departamento de Salud del Condado de Onslow a través del sitio web de OCHD Bit.Ly/ochdchildvaccines
- Entiendo que puedo comunicarme con la persona nombrada en el Aviso si tengo preguntas sobre el contenido del Aviso.
- Haber recibido las "Declaraciones de información sobre la vacuna (VIS) sobre la(s) enfermedad(es) y la(s) vacuna(s)
- He tenido la oportunidad de revisar las declaraciones y hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción.
- Comprenda los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s).
- Doy mi consentimiento para la divulgación de los registros de vacunas de las Escuelas del Condado de Onslow al Departamento de Salud del Condado de Onslow.
- Solicitar que la(s) vacuna(s) indicada(s) a continuación me sean administradas a mí o a la persona nombrada anteriormente.

Quiero que mi hijo reciba la(s) vacuna(s) revisada(s):	☐ Requisito para Grado 7: Meningococo y Tdap	☐ Requisito para Grado 12 : Meningocócico
--	---	--

Vacunas Opcionales:	☐ Virus del Papiloma Humano	☐ Hepatitis A
---------------------	--	--------------------------------------

ALERGIAS / COMENTARIOS: ¿Su hijo ha tenido una reacción grave a una dosis anterior de la(s) vacuna(s) revisada(s) o a alguno de sus componentes? ☐ Sí ☐ No
--

Paciente/Padre/Guardián
Nombre Impreso:

Firma x:

Fecha:

Instrucciones para enviar electrónica:

- Complete este formulario en su totalidad
- Toma una foto con la cámara de tu teléfono
- Envíe por correo electrónico la imagen del formulario completo a: OCHD-Vaccine@onslowcountync.gov

Nombre Impreso del Paciente (Apellido, Primero, inicial del segundo nombre, Generación)
 Fecha de Nacimiento: _____

**Escuela del Condado de Onslow
 Iniciativa Clínica de Extensión de
 Inmunización**

SECTIONS BELOW COMPLETED BY OCHD IMMUNIZATION STAFF

Clinical Comments:			☐ P ☐ S ☐ Hep A ☐ Tdap ☐ Menin ☐ HPV ☐ Flu							
H. SHOT(S) ADMINISTERED (SECTION BELOW TO BE COMPLETED BY OCHD STAFF)										
Vaccine Administration(s):			☐ 90471EP Injection #1		☐ 90472EP + additional injection(s)					
Immunization	Dx	Purchase / State	Admin Site (Circle)				Manufacturer & Lot No.		VIS	
☐ 90715	Tdap	Z23	P	S	LD	RD	LT	RT	08/06/21	
☐ 90734	Meningococcal	Z23	P	S	LD	RD	LT	RT	08/06/21	
☐ 90651	HPV	Z23	P	S	LD	RD	LT	RT	08/06/21	
☐ 90633	Hepatitis A	Z23	P	S	LD	RD	LT	RT	10/15/21	
I have asked about prior immunizations and reactions. According to informed, no reactions have occurred.			Provider's Signature					Date	NCIR	CureMD

Clinical Comments:			☐ P ☐ S ☐ Hep A ☐ Tdap ☐ Menin ☐ HPV ☐ Flu							
H. SHOT(S) ADMINISTERED (SECTION BELOW TO BE COMPLETED BY OCHD STAFF)										
Vaccine Administration(s):			☐ 90471EP Injection #1		☐ 90472EP + additional injection(s)					
Immunization	Dx	Purchase / State	Admin Site (Circle)				Manufacturer & Lot No.		VIS	
☐ 90715	Tdap	Z23	P	S	LD	RD	LT	RT	08/06/21	
☐ 90734	Meningococcal	Z23	P	S	LD	RD	LT	RT	08/06/21	
☐ 90651	HPV	Z23	P	S	LD	RD	LT	RT	08/06/21	
☐ 90633	Hepatitis A	Z23	P	S	LD	RD	LT	RT	10/15/21	
I have asked about prior immunizations and reactions. According to informed, no reactions have occurred.			Provider's Signature					Date	NCIR	CureMD

Clinical Comments:			☐ P ☐ S ☐ Hep A ☐ Tdap ☐ Menin ☐ HPV ☐ Flu							
H. SHOT(S) ADMINISTERED (SECTION BELOW TO BE COMPLETED BY OCHD STAFF)										
Vaccine Administration(s):			☐ 90471EP Injection #1		☐ 90472EP + additional injection(s)					
Immunization	Dx	Purchase / State	Admin Site (Circle)				Manufacturer & Lot No.		VIS	
☐ 90715	Tdap	Z23	P	S	LD	RD	LT	RT	08/06/21	
☐ 90734	Meningococcal	Z23	P	S	LD	RD	LT	RT	08/06/21	
☐ 90651	HPV	Z23	P	S	LD	RD	LT	RT	08/06/21	
☐ 90633	Hepatitis A	Z23	P	S	LD	RD	LT	RT	10/15/21	
I have asked about prior immunizations and reactions. According to informed, no reactions have occurred.			Provider's Signature					Date	NCIR	CureMD