



San Benito Consolidated Independent School District

240 N. Crockett St. • San Benito, TX 78586 • Phone: (956) 361-6150

San Benito CISD Consentimiento para la administración de vacunas

Nombre: _____
(Apellido) (Nombre de pila) (Segundo nombre)

DOB: _____ **ID de estudiante:** _____ **Sexo (por favor circule):** M F Prefiero no responder

Dirección: _____
(Calle) (Ciudad y Estado) (Código postal)

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar qué vacunas se pueden administrar hoy y la persona que las va a recibir debe responderlas. Si responde "sí" a alguna pregunta, no significa necesariamente que no deba vacunarse. Simplemente significa que debemos hacerle más preguntas.	Si	No
1. ¿Está usted enfermo hoy?	☐	☐
2. ¿Tiene alergias a medicamentos, alimentos, componentes de vacunas o látex?	☐	☐
3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción grave después de recibir una vacuna?	☐	☐
4. ¿Tiene usted alguno de los siguientes: un problema de salud a largo plazo con enfermedades cardíacas, pulmonares, renales o metabólicas (por ejemplo: diabetes), asma, un trastorno sanguíneo, ausencia de bazo, un implante coclear o una fuga de líquido cefalorraquídeo?	☐	☐
5. ¿Está usted bajo terapia con aspirina a largo plazo?	☐	☐
6. ¿Tiene usted cáncer, leucemia, VIH/SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunológico?	☐	☐
7. ¿Tiene usted un padre, hermano o hermana con un problema del sistema inmunológico?	☐	☐
8. En los últimos 6 meses, ¿ha tomado medicamentos que afecten su sistema inmunológico, como prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer; medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis, o ha recibido tratamientos de radiación?	☐	☐
9. ¿Ha tenido alguna convulsión o algún otro problema cerebral o del sistema nervioso?	☐	☐
10. ¿Alguna vez le han diagnosticado una afección cardíaca (miocarditis o pericarditis) o ha tenido síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-A o MIS-C) después de una infección con el virus que causa COVID-19?	☐	☐
11. Durante el último año, ¿ha recibido inmunoglobulina (gamma), sangre/productos sanguíneos o un medicamento antiviral?	☐	☐
12. ¿Está usted embarazada?	☐	☐
13. ¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas?	☐	☐
14. ¿Alguna vez se ha sentido mareado o débil antes, durante o después de una inyección?	☐	☐
15. ¿Está usted ansioso por conseguir una inyección hoy?	☐	☐

Preguntas revisadas por: _____ Fecha: _____
(Miembro del personal de Servicios de Salud de SBCISD)

Consentir

He leído, o me han leído, la información escrita sobre la(s) vacuna(s) que se están administrando. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s) que se están administrando y he recibido una copia de una Hoja de Información de Vacunas vigente. Yo, en mi nombre y como padre y/o tutor, según corresponda, por la presente acepto liberar, indemnizar y eximir de responsabilidad al San Benito CISD, sus funcionarios y sus empleados de cualquier y todos los reclamos que surjan de, en conexión con, o de alguna manera relacionados con la administración de la(s) vacuna(s) en mi nombre o en mi calidad de tutor y/o padre del niño que será vacunado. Certifico que tengo al menos 18 años y por la presente doy mi consentimiento al Departamento de Servicios de Salud del San Benito CISD (incluyendo RN, LVN y asistentes de salud) del San Benito CISD para administrar la(s) vacuna(s). Si es menor de 18 años, se requiere la firma del padre o tutor.

Firma de la persona que recibirá la vacuna (el estudiante debe tener 18 años para firmar) o persona autorizada para hacer la solicitud (padre o tutor).

Nombre impreso

Relación

Firma

Fecha

Departamento de Servicios de Salud de SBCISD para uso exclusivo del personal								
Select which vaccines were administered	Vaccine & Manufacturer	Date of admin.	Lot	Exp. Date	Dose	Site of injection (please circle)	Date VIS was provided	Edition date of VIS
☐	Infanrix (DTaP)					RD LD RT LT		
☐	Kinrix (DTap-IPV)					RD LD RT LT		
☐	Havrix (Hep. A)					RD LD RT LT		
☐	Twinrix (Hep. A& B)					RD LD RT LT		
☐	Engerix (Hep. B)					RD LD RT LT		
☐	ActHIB (HIB)					RD LD RT LT		
☐	Gardasil (HPV)					RD LD RT LT		
☐	IPOL (IPV)					RD LD RT LT		
☐	MenQuadfi (MCV4)					RD LD RT LT		
☐	Bexsero (MenB)					RD LD RT LT		
☐	MMRii (MMR)					RD LD RT LT		
☐	ProQuad (MMRV)					RD LD RT LT		
☐	Prevnar (PCV)					RD LD RT LT		
☐	Adacel (Tdap)					RD LD RT LT		
☐	Boostrix (Tdap)					RD LD RT LT		
☐	Varivax (Varicella)					RD LD RT LT		

Location where vaccines were administered: _____

Name and title of person who administered vaccine: _____