Formulario de consentimiento de detección y vacunación en niños

Tacoma-Pierce County Health Department
Healthy People in Healthy Communities

Padre/madre/tutor: Responda estas preguntas para ayudarnos a saber qué vacunas proporcionarle a su hijo(a). Nosotros le proporcionamos la vacunas sin costo. Podemos facturar una tarifa de administración al seguro de salud de su hijo(a). Si el seguro no cubre la tarifa, no se lo facturaremos a usted. Si tiene preguntas, llame al (253) 649-1412.

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre

Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal

Sexo asignado al nacer	Fecha de nacimiento	Edad
☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Intersexual		

Seguro de salud

- ☐ Mi hijo(a) no tiene seguro de salud.
- ☐ El seguro de salud de mi hijo(a) no cubre las vacunas.
- ☐ Mi hijo(a) tiene un seguro respaldado por el gobierno como Medicaid, Healthy Options, Molina, Basic Health Plan o cupones.
- ☐ Mi hijo(a) tiene seguro de salud CHIP.
- ☐ Mi hijo(a) tiene seguro de salud privado.
- ☐ Mi hijo(a) es Indígena americano(a) o nativo(a) de Alaska.

Marque una casilla por cada pregunta.	Sí	No
1. ¿Su hijo(a) está enfermo hoy?	☐	☐
2. ¿Tiene su hijo(a) una afección médica crónica (como diabetes, enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar, asma, enfermedad en la sangre, etc.)?	☐	☐
3. ¿Tiene su hijo(a) alguna alergia a cualquier medicamento, látex, alimento, huevos o componente de la vacuna?	☐	☐
4. ¿Su hijo(a) ha tenido alguna reacción alérgica grave a la vacuna?	☐	☐
5. ¿Su hijo ha tenido problemas cerebrales o del sistema nervioso (como convulsiones, etc.)?	☐	☐
6. ¿Su hijo(a) ha tenido síndrome de Guillain-Barré después de recibir una vacuna?	☐	☐
7. ¿Su hijo(a) tiene problemas del sistema inmunitario (como cáncer, leucemia, SIDA, etc.)?	☐	☐
8. En los últimos 3 meses, ¿Su hijo(a) ha tomado medicamentos que debilitaron su sistema inmunitario (como tratamientos con cortisona, esteroides, fármacos anticancerígenos, rayos X, etc.)?	☐	☐
9. El año pasado, ¿Su hijo(a) tuvo una transfusión de sangre o de productos de sangre, gammaglobulina inmune o un fármaco antiviral?	☐	☐
10. ¿Está su hija embarazada o podría quedar embarazada el próximo mes?	☐	☐
11. ¿Su hijo(a) ha tenido alguna vacuna en las últimas 4 semanas?	☐	☐

Firma del padre/madre/tutor

Se me proporcionó una Declaración de la Información de la Vacuna (VIS, por sus siglas en inglés) explicando los beneficios y riesgos de estas vacunas. Soy el padre, madre o tutor legal del niño(a) mencionado(a) anteriormente y doy mi autorización para que reciba la vacunas. Comprendo que la información de vacunación de mi hijo(a) será ingresada en una base de datos electrónica a la que otros proveedores médicos tienen acceso.

Firma	Fecha	Nombre	Teléfono
_____	_____	_____	_____