

INMUNIZACIÓN

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARENTAL

INFORMACIÓN DEL ALUMNO (UTILICE SOLO TINTA NEGRA)

PRIMER NOMBRE DEL ALUMNO	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO(S) DEL ALUMNO	EDAD	GRADO
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	GÉNERO ☐ Masculino ☐ Femenino	ESCUELA	MAESTRO DEL AULA DE ORIGEN	
RAZA ☐ Indio americano / Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro / Afroamericano ☐ Hawaiano / Isleño pacífico ☐ Blanco			ETNIA ☐ Hispano o latino ☐ No hispano ni latino	
PRIMER NOMBRE DEL PADRE / TUTOR	APELLIDO(S) DEL PADRE / TUTOR		NÚMERO DE TELÉFONO DEL PADRE / TUTOR () -	

INFORMACIÓN DEL SEGURO (LLENE POR COMPLETO)

MEDICAID ☐ Sí (Escriba el número de Medicaid) ☐ No	NÚMERO DE MEDICAID DE SC (si está disponible)
SEGURO ☐ Sí ☐ No	

☐ Doy consentimiento para que mi hijo reciba todas las vacunas **OBLIGATORIAS** para la escuela que incluirán una o más de las siguientes:
TDaP / DTaP Varicela Hepatitis B Polio MMR Hepatitis A (obligatoria para grados CD al 6.º)

Doy consentimiento para que mi hijo reciba **las vacunas adicionales RECOMENDADAS**: Marque todas las que aplican:

☐ Meningitis (11-12 años o mayor) ☐ HPV (11-12 años o mayor) ☐ Hepatitis A (grados 7.º al 12.º)

PREGUNTAS PREVISTAS ANTES DE LA INMUNIZACIÓN

RESPONDA A TODAS LAS PREGUNTAS A CONTINUACIÓN:

1. ¿Ha tenido su hijo algún problema de salud o enfermedad grave, como enfermedades cardíacas, diabetes, asma o trombocitopenia? En caso afirmativo, indique:	☐ Sí ☐ No
2. ¿Tiene su hijo tiene alergias al látex, medicamentos, alimentos o vacunas (ejemplos: huevos, proteína bovina, gelatina, gentamicina, polimixina, neomicina, fenol, levadura o timerosal)? En caso afirmativo, indique:	☐ Sí ☐ No
3. ¿Ha tenido su hijo alguna vez una reacción después de recibir una vacuna, incluido desmayos o mareos?	☐ Sí ☐ No
4. ¿Ha tenido su hijo alguna vez un trastorno cerebral convulsivo por el cual está tomando medicamento(s) anticonvulsivo(s), un trastorno cerebral, síndrome de Guillain-Barre (una condición que causa parálisis) u otro problema del sistema nervioso?	☐ Sí ☐ No
5. Para las alumnas: ¿Estás embarazada o estás pensando en quedar embarazada durante el próximo mes?	☐ Sí ☐ No
Responda a las preguntas a continuación si recibe la vacuna contra la varicela o MMR o si no está seguro de si estas vacunas son necesarias:	
6. ¿Ha recibido su hijo alguna vacuna o prueba cutánea en las últimas cuatro a ocho semanas? En caso afirmativo, indique:	☐ Sí ☐ No
7. ¿Tiene su hijo alguna condición médica que pueda debilitar su sistema inmunológico (p. ej., cáncer, leucemia, linfoma, VIH / SIDA, trasplante)?	☐ Sí ☐ No
8. ¿Toma su hijo algún medicamento en este momento? En caso afirmativo, indique:	☐ Sí ☐ No
9. ¿En este momento, está tomando su hijo una terapia de esteroides en dosis altas (prednisona >20mg/día o equivalente) durante más de 2 semanas?	☐ Sí ☐ No
10. ¿Ha recibido su hijo una transfusión de sangre o productos sanguíneos o se le ha administrado un medicamento llamado inmunoglobulina (gamma) en el último año?	☐ Sí ☐ No
11. ¿Le gustaría que se envíe una copia impresa de la Hoja de Información de la Vacuna al hogar con su hijo?	☐ Sí ☐ No

AUTORIZACIÓN, CONSENTIMIENTO Y DIVULGACIÓN

Yo, por voluntad propia, solicito y doy mi consentimiento para que el Charleston County School District (CCSD) proporcione las vacunas seleccionadas arriba para mi hijo mencionado en este formulario. También doy mi consentimiento para que mi hijo reciba estas vacunas en la escuela, las que administra el personal de enfermería del CCSD. Me han proporcionado las declaraciones de información sobre las vacunas. También se pueden encontrar en www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/current-vis.html. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre las vacunas. Entiendo los riesgos y beneficios de las vacunas. Entiendo que las vacunas se administrarán como inyección. He leído y respondido las preguntas anteriores con atención y precisión, y entiendo que la información incorrecta podría causar serios riesgos para mi hijo. En caso de exposición ocupacional, doy mi consentimiento para que se realicen análisis de sangre a mi hijo si es necesario para la seguridad del niño y de los empleados. Entiendo que la información sobre las vacunas de mi hijo se reportará al Registro de Inmunizaciones de SC para propósitos de salud pública. Por la presente LIBERO y EXIMO DE RESPONSABILIDAD AL CCSD, sus empleados, fideicomisarios y agentes ("liberados") de toda responsabilidad, reclamación, demanda y causa de acción de cualquier tipo o naturaleza, ya sea en derecho o en equidad, que pueda surgir como resultado de recibir las vacunas solicitadas, incluidas las reclamaciones de lesiones corporales y mentales, enfermedad o muerte, ya sea por negligencia de los liberados o de otra manera.

Además, doy mi consentimiento para que el CCSD divulgue e intercambie información sobre el servicio proporcionado junto con el nombre, la fecha de nacimiento, el número de Medicaid o de seguro médico, género de mi hijo y mi información de contacto con la Agencia de Medicaid (Departamento de Salud y Servicios Humanos) y que el CCSD facture y reciba el pago por los servicios descritos en este documento de la Agencia de Medicaid. Entiendo que el reembolso de Medicaid por los servicios de enfermería que no forman parte de un IEP proporcionados por el CCSD no afectará ningún otro servicio de Medicaid para el cual mi hijo sea elegible. El CCSD operará según las pautas de la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA, *por sus siglas en inglés*) y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud (HIPAA, *por sus siglas en inglés*) para garantizar la confidencialidad con respecto al tratamiento de mi hijo y la provisión de servicios de enfermería que no forman parte de un IEP.

He leído el consentimiento, la autorización y la divulgación anterior y entiendo las disposiciones y la aplicabilidad y se me ha proporcionado la opción y recomendación de consultar con mi propio médico personal. Entiendo que la participación en el programa de vacunación es voluntaria por completo y que mi hijo no está obligado a participar. **Tengo la autoridad legal, basada en mi relación con la persona indicada antes, para dar mi consentimiento para la administración de vacunas para el año escolar 2026 - 2027.**

FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL

FECHA

VACCINE ADMINISTRATION DOCUMENTATION

(CLINIC USE ONLY/ SOLO PARA USO CLÍNICO)

VACCINE HISTORY

Documentation	Nurse's Initials	Comments
No Contraindications or Precautions		
No Allergies		
Previous Doses (if applicable)		
Not pregnant (if female)		

VACCINE ELIGIBILITY

Eligibility Code	Eligibility Category	Eligibility Check	Comments
1	Pediatric VFC> Medicaid		
2	Pediatric VFC>AA/AN		
3	Pediatric VFC> No Health Insurance		
4	Pediatric State > Underinsured/Hardship		
5			

DOCUMENTATION

Vaccine Name	Dosage	Dose #	Site	Route	Manufacturer	Lot #	VIS	Elig
Tdap	0.5ml			IM	Sanofi		08/06/2021	
Varicella	0.5 ml			SQ	Merck		08/06/2021	
MMR	0.5 ml			SQ	Merck		08/06/2021	
Hepatitis B	0.5ml			IM	GSK		10/15/2021	
Meningococcal	0.5 ml			IM	Sanofi		08/06/2021	
HPV-9	0.5ml			IM	Merck		08/06/2021	
Hepatitis A	0.5 ml			IM	GSK		10/15/2021	
Influenza (IIV4)	0.5 ml			IM	GSK		08/06/2021	
Influenza (LAIV4)	0.5 ml			Nasal	MI		08/06/2021	
IPV				IM	Sanofi		08/06/2021	
DTaP				IM	GSK		08/06/2021	
Pediarix				IM	GSK		08/06/2021	
Kinrix				IM	GSK		08/06/2021	
MMRV				SQ	Merck		08/06/2021	

SIGNATURE/TITLE PERSON ADMINISTERING VACCINE

DATE

CLINIC SITE

IIS ENTRY COMPLETE

