



# FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE VACUNACIÓN CONTRA EL VPH



## PARA ESTUDIANTES DE 2020

(Vacuna contra el virus del papiloma humano)

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Sexo:  M  F

De ser menor, nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Inicial segundo nombre

Fecha de nacimiento del padre/tutor: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

N.º de seguro social del padre: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
opcional

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ Maestro del salón de clase: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE** N.º de teléfono del padre/tutor Hogar: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

**Health Department Use Only**  
Cli ID #: \_\_\_\_\_  
Encounter #: \_\_\_\_\_  
Receipt #: \_\_\_\_\_

Marque SÍ o NO en todas las preguntas siguientes para determinar si su hijo(a) puede recibir la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH). El enfermero que aplique la vacuna revisará esta información en la clínica el día de la aplicación.

- |   | SÍ                       | NO                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Su hijo(a) ha tenido reacciones alérgicas graves a algún componente de la vacuna o la levadura?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Su hijo(a) ha tenido reacciones alérgicas graves a una dosis anterior de la vacuna contra el VPH? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Si respondió SÍ en las preguntas 1 o 2 sobre las reacciones alérgicas graves o a la vacuna contra el VPH, es posible que la vacuna no sea segura para su hijo(a) y NO se le administrará la vacuna contra el VPH.**

### AVISO DE CONSENTIMIENTO PRESUNTO PARA LA PRUEBA DE VIH, HEPATITIS B O HEPATITIS C

El artículo § 32.1-45.1 del Código de Virginia (1950), y sus enmiendas, exige que Departamento de Salud de Virginia (Virginia Department of Health, VDH) le entregue a usted el siguiente aviso:

1. Si un profesional de la salud o empleado del VDH estuviera directamente expuesto a la sangre o a los fluidos corporales de su hijo(a) de manera que se puedan transmitir enfermedades, entiendo que la ley exige que mi hijo(a) brinde una muestra de sangre venosa para realizar pruebas adicionales. Entiendo que las pruebas que se realizarán son para el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y la hepatitis B y C. El médico u otro profesional de la salud le informará los resultados de la prueba. 2. Si su hijo(a) estuviera directamente expuesto a la sangre o a los fluidos corporales de un profesional de la salud o empleado de VDH de manera que se puedan transmitir enfermedades, se analizará la sangre de la persona para el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y la hepatitis B y C. El médico u otro profesional de la salud les informará a la persona y a usted los resultados de la prueba.

**CONSENTIMIENTO DE VACUNACIÓN DE MENORES:** Complete las siguientes preguntas y firme.

Mi hijo(a) NUNCA recibió la vacuna contra el VPH. **Nota: Su hijo(a) necesitará dos dosis: la primera dosis se aplicará ahora y la segunda se aplicará 6 meses después de la primera. NOTA: Algunos menores con ciertas afecciones médicas podrán necesitar 3 dosis. Consulte con su médico para evaluar la necesidad de una tercera dosis.**

He leído la Declaración de información para la vacuna contra el VPH de 2019. Comprendo los riesgos y los beneficios, y presto mi consentimiento al Departamento de Salud y al personal autorizado de dicho departamento para que mi hijo(a), cuyo nombre se indica al comienzo del formulario, reciba la vacuna contra el VPH.

**De ser necesario, presto mi consentimiento para que mi hijo(a) reciba la segunda dosis aproximadamente seis meses después de la primera dosis.**

Firma del padre o tutor legal:  \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Continúa al dorso

**Seguro\*:** Complete la siguiente información: La presente información es exigida por motivos de financiación federal para las vacunas del programa Vacunas para niños (Vaccines for Children, VFC).

**\*Nota:** Se aplicarán las vacunas a su hijo(a) sin costo alguno si el/la menor es elegible para el programa Vacunas para niños. Si su hijo(a) está cubierto(a) por un seguro de salud privado, el Departamento intentará obtener un reembolso de todos los gastos admisibles relacionados con la aplicación de la vacuna. **Su hijo(a) no recibirá la vacuna si usted no indica a continuación toda la información solicitada relativa al seguro:**

- Mi hijo(a):  no está asegurado (a) (no tiene cobertura por un seguro privado, Medicaid o FAMIS)  
 es indio(a) americano(a) o nativo(a) de Alaska  
 tiene Medicaid - N.º de Medicaid: \_\_\_\_\_  
 tiene FAMIS - N.º de FAMIS: \_\_\_\_\_  
 tiene otro seguro no indicado en la lista anterior (especifique el plan) \_\_\_\_\_  
 N.º de identificación de la póliza \_\_\_\_\_  
 Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_

**Adjunte una copia del anverso y del reverso de la tarjeta del seguro o indique la siguiente información:**

Dirección de la compañía de seguros \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono de la compañía de seguros \_\_\_\_\_

Autorizo a VDH a divulgar los registros necesarios para fundamentar la solicitud de pago por parte de Medicare, Medicaid u otros beneficios de salud. Solicito que el tercero pagador abone en representación mía, a VDH, todos los beneficios autorizados.

### Oficina de privacidad y seguridad

Autorización de divulgación de información médica protegida.

El presente consentimiento autoriza al Departamento de Salud de Virginia (VDH) a divulgar información médica protegida a las personas u organizaciones que mencioné.

- Entiendo que la administración de tratamiento a mi hijo(a) no estará condicionada por la firma de la presente autorización.
- La protección de la presente autorización cesará para toda información médica que mi hijo(a) o yo volvamos a divulgar.
- Se deberá incluir la autorización original o una copia de ella en la historia clínica de mi hijo(a).
- Tengo derecho a revocar la presente autorización en todo momento, excepto en el caso de que se hayan tomado medidas con anterioridad a mi solicitud para retener mi historia clínica. Se debe realizar la solicitud por escrito y la solicitud entrará en vigencia a partir de la fecha de entrega al médico que tenga mi historia clínica.
- Autorizo al VDH a divulgar la información médica de mi hijo(a) al médico de cabecera o a la escuela.
- Entiendo que se guardarán los registros de vacunación de mi hijo(a) durante 21 años a partir de la fecha de nacimiento.
- Entiendo que el departamento de salud pública recibirá y guardará el presente documento, y que la escuela no lo guardará.

Marque la casilla si desea recibir una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud de Virginia.

**Envíe una copia del registro de vacunación de mi hijo(a) al médico de cabecera a la siguiente dirección:**

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Dirección postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

#### HEALTH DEPARTMENT USE ONLY

Date	Item Code	Fund Source	Lot Number	Vaccine Administration Site	Provider #
	HPV9	VFC STF		RA LA	
		VFC STF		RA LA	
<b>Comments</b>					
<b>Provider Name/Signature and Date</b>					