



## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA Tdap para estudiantes de 2020

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

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

En caso de menores, nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_  
Apellido                      Primer nombre                      Inicial

**Health Department Use Only**

Cli ID#: \_\_\_\_\_

Encounter #: \_\_\_\_\_

Receipt #: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del padre/tutor: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      N.º de seguro social del padre: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
opcional

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

Grado: \_\_\_\_\_ Maestro de aula: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE** Número de teléfono del padre/tutor Hogar: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Número del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_  
*(en caso de no ser el jefe de familia)*

**Mi hijo tendrá 11 años de edad o más el día de la clínica de vacunación: SI  NO**

Marque SÍ o NO en todas las preguntas a continuación para determinar si su hijo puede recibir la vacuna Tdap. El enfermero que administre la vacuna revisará esta información el día de aplicación de la vacuna.

	SÍ	NO
1. ¿Su hijo ha tenido una reacción alérgica potencialmente mortal después de una dosis de cualquier vacuna que contuviera tétanos, difteria o tos ferina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Su hijo tiene alergia severa a algún componente de la vacuna Tdap?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Su hijo estuvo en coma o tuvo convulsiones largas o múltiples en los siete días posteriores a una dosis de DTP o DTaP?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Su hijo tiene epilepsia u otro problema del sistema nervioso, tuvo hinchazones severas o dolores severos después de una dosis previa de DTP, DTaP, DT o Td, o tuvo el síndrome de Guillain-Barré (GBS)? En caso afirmativo, consulte con su médico sobre la aplicación de la vacuna Tdap.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si respondió alguna de las preguntas anteriores de manera afirmativa, es posible que la vacuna Tdap no sea segura para su hijo/a y NO recibirá esta vacuna en la escuela.**

**AVISO DE CONSENTIMIENTO PRESUNTO PARA LA PRUEBA DE VIH Y DE HEPATITIS B O C**

El artículo 32.1-45.1 enmendado del Código de Virginia (1950) exige que el VDH realice el siguiente aviso:

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

**Diríjase al reverso del formulario**

**Seguro\*:** Responda lo siguiente: Esta información es necesaria con motivos de financiamiento federal para las vacunas del programa VFC.

**\*Nota:** Se le aplicarán vacunas a su hijo sin costo alguno si el niño es elegible para el Programa de vacunas para niños. Si su hijo está cubierto por un plan privado de seguro médico, el Departamento reembolsará todos los costos permitidos relacionados con la aplicación de la vacuna. **Su hijo no será vacunado si no usted brinda toda la información de seguro que se solicita a continuación.**

Mi hijo: ( ) *no* está asegurado (no tiene cobertura por un seguro privado, Medicaid o FAMIS)  
 ( ) es indio americano o nativo de Alaska  
 ( ) tiene Medicaid - Medicaid n.º: \_\_\_\_\_  
 ( ) tiene FAMIS - FAMIS n.º: \_\_\_\_\_  
 ( ) tiene otro seguro no mencionado anteriormente (especifique el plan) \_\_\_\_\_  
 N.º de póliza \_\_\_\_\_ Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_

**Adjunte una copia del anverso y reverso de la tarjeta del seguro o complete 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 respaldar la solicitud de pago de Medicare, Medicaid y otros beneficios de atención médica. Solicito al tercero pagador que pague los beneficios autorizados al VDH en mi nombre.

### Oficina de Privacidad y Seguridad

#### Autorización para la divulgación de información médica protegida

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

- Entiendo que la prestación de tratamiento para mi hijo no podrá depender de que yo firme esta autorización.
- Cualquier información médica que haya sido divulgada por mi hijo o por mí ya no estará protegida por esta autorización.
- Se incluirá el original o una copia de la autorización en el registro médico de mi hijo.
- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas antes de que yo solicitara la retención del registro médico. Se debe presentar la solicitud por escrito, y esta entrará en vigencia a partir de la fecha de entrega al proveedor que tenga mis registros médicos.
- Autorizo al VDH a divulgar la información médica de mi hijo a su médico de atención primaria y a la escuela.
- Entiendo que los registros de vacunación de mi hijo se conservarán por un plazo de 21 años después del nacimiento.
- Entiendo que se entregará este documento al departamento de salud pública, quien lo conservará, y la escuela no conservará dicho documento.

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

#### CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN DEL NIÑO:

He leído la Declaración de información de vacunación (VIS) para la vacuna Tdap de 2020, entiendo los riesgos y beneficios, y otorgo mi consentimiento al Departamento de Salud y al personal autorizado del dicho departamento para que mi hijo, mencionado en la parte superior de este formulario, reciba la vacuna Tdap.

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

**Envíe una copia del registro de vacunación de mi hijo/a a su médico 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 #
		VFC    STF		RA    LA	
<b>Comments</b>					
<b>Provider Name/Signature and Date</b>					