



## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE VACUNACION ESCOLAR

Favor de completar el formulario completamente – Los espacios obligatorios están marcados con un asterisco (\*)

|   |  |  |
|---|--|--|
| *Apellido Legal del Estudiante:   | *Primer Nombre:  | ISN:   |
| *Fecha de Nacimiento: _____<br>Mes/Dia/Año  | *Apellido del Padre/Tutor:   | * Nombre del Padre/Tutor:  |
| *Dirección Postal (donde recibe correo):  | *Ciudad:   | *Estado: Florida<br>*Código Postal:  |
| *Número de teléfono durante el día:   | * ID del Estudiante #: _____<br>* Grado: _____   | *Escuela:  |
| Seguro Médico:  | ID del Seguro Médico #:  | Grupo Médico #:  |
| *Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro | Raza: <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Oriental<br><input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Americano Nativo de Alaska<br><input type="checkbox"/> Other | Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano<br><input type="checkbox"/> No-Hispano |

### SELECCIONE Y ESCRIBA SUS INICIALES EN EL ESPACIO INDICADO DE LA(S) VACUNA(S) QUE LE GUSTARIA QUE SU HIJO/A RECIBA EN LA ESCUELA

|   |                   |  |                   |
|---|-------------------|--|-------------------|
| <input type="checkbox"/> TDAP (Obligatoria) | _____ (Iniciales) | <input type="checkbox"/> HPV (1 <sup>ra</sup> Dosis) | _____ (Iniciales) |
| <input type="checkbox"/> MEN ACWY           | _____ (Iniciales) | <input type="checkbox"/> HEPATITIS A                 | _____ (Iniciales) |

### \*PREGUNTAS MÉDICAS PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES - REQUERIDAS

|  |    |    |       |
|--|----|----|-------|
| <b>Para padres/tutores:</b> Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar qué vacunas se le pueden administrar a su hijo/a hoy. Si responde "sí" a cualquier pregunta, no significa necesariamente que su hijo no deba vacunarse. Simplemente significa que se deben hacer preguntas adicionales. Si una pregunta no está clara, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique. | Sí | No | No sé |
| 1. ¿Tiene el/la niño/a alergias a medicamentos, alimentos, un componente de vacuna o látex?<br>Sí:   |    |    |       |
| 2. ¿Ha tenido el/la niño/a una reacción grave a una vacuna en el pasado?<br>Sí:  |    |    |       |

### CONSENTIMIENTO PARA VACUNAR\*

He leído o me han explicado la información en la Declaración de Información de Vacunas (VIS) para la(s) enfermedad(es) y la(s) vacuna(s) que he seleccionado anteriormente para mi hijo/a. Verifiqué y coloqué mis iniciales al lado de la(s) vacuna(s) que deseo que reciba mi hijo/a durante la clínica de vacunas. Entiendo los beneficios y riesgos de cada vacuna. Entiendo que algunas vacunas se administran en serie durante un período de tiempo y que tendré que dar seguimiento en el Departamento de Salud local o proveedor de atención médica para completarla. **Me comunicaré con la enfermera de la escuela para retirar este consentimiento si mi hijo/a es vacunado antes de la fecha de la clínica escolar o por cualquier motivo.** A menos que firme una declaración que indique lo contrario, permito que se ingrese la información de inmunización en el sistema Florida Shots y se divulgue a otros proveedores de atención médica para evitar vacunas innecesarias o para determinar el estado de inmunización.

\*Firma (Padre/Tutor): \_\_\_\_\_ \*Fecha: \_\_\_\_\_

\*Nombre en Letra de Molde (Pare/Tutor): \_\_\_\_\_

### \*Solo Uso Clínico\*

| Vaccine  | Lot # | Site/Route | Vaccinator |
|----------|-------|------------|------------|
| TDAP     |       | IM – LD/RD |            |
| MEN ACWY |       | IM – LD/RD |            |
| HPV      |       | IM – LD/RD |            |
| HEP A    |       | IM – LD/RD |            |