

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE VACUNACIÓN del Departamento de Salud del Condado de Sedgwick**

Con base en los registros de vacunación disponibles para el personal de enfermería de la escuela y el Departamento de Salud

**Información del estudiante**

<b>Apellido</b>	<b>Nombre</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Edad</b>	<b>Teléfono</b>
<b>Dirección</b>		<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>
<b>Género</b> M ___ F ___	<b>Hispano o Latino</b> Sí ___ No ___	<b>Escuela</b>		
<b>Raza</b> Asiática Negra/Afroamericana Caucásica Nativa Americana/Nativa de Alaska Nativa de Hawái/de otra Isla del Pacífico Otra				
<b>Permiso de contacto:</b> Escriba su inicial y marque todas las que apliquen				
<b>Inicial</b> _____ Esta información puede ser utilizada para contactarme con el fin de hacerme recordatorios sobre las citas o la vacunación.				
<input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Correo electrónico (por favor incluya la dirección de correo electrónico) _____				
<b>¿El estudiante tiene seguro de salud?</b> Sí ___ No ___				
Aseguradora _____ Número de póliza _____ Nombre del titular de la póliza _____				

**Cuestionario de detección**

1. ¿El estudiante está enfermo actualmente o tiene fiebre?	Sí	No
2. ¿Ha tenido el estudiante alguna reacción alérgica grave a una vacuna?	Sí	No
3. ¿Tiene el estudiante alergias graves conocidas a medicamentos, alimentos, látex o a un componente de la vacuna?	Sí	No
3a. Si dijo que sí a alguna de las anteriores, por favor proporcione una lista de alergias y reacciones:		
4. ¿Recibió el estudiante alguna vacuna en las últimas 4 semanas?	Sí	No
5. ¿El estudiante, alguno de sus hermanos o padres ha tenido convulsiones? ¿el niño ha tenido algún problema cerebral o del sistema nervioso?	Sí	No
6. ¿Tiene el estudiante algún problema de salud a largo plazo con su corazón, pulmones (incluyendo asma), riñones, hígado, sistema nervioso o enfermedad metabólica (por ejemplo, diabetes), un trastorno sanguíneo, no tiene bazo, un implante coclear o un goteo del líquido cefalorraquídeo? ¿Está tomando aspirina o medicamento salicilato con regularidad?	Sí	No
7. ¿Tiene el estudiante algún problema del sistema inmunitario como cáncer, leucemia, VIH/SIDA?	Sí	No
8. ¿Alguno de los padres o hermanos del estudiante tienen problemas del sistema inmunitario?	Sí	No
9. ¿Ha tomado el estudiante medicamentos que afecten el sistema inmunitario como prednisona, otros esteroides o medicamentos anticancerígenos, fármacos para tratar artritis reumatoidea, enfermedad de Crohn, psoriasis; o radioterapia en los últimos seis meses?	Sí	No
10. ¿Ha recibido el niño inmunoglobulina (gamma), sangre o productos de sangre, o bien algún fármaco antiviral en los últimos 12 meses?	Sí	No
11. ¿La estudiante está embarazada?	Sí	No
12. ¿Cuál fue el primer día del último período menstrual de la estudiante? Fecha: _____	No aplica	
13. ¿El estudiante alguna vez se ha desmayado o experimentado mareos después de recibir la vacuna?	Sí	No

Yo autorizo al estudiante mencionado anteriormente para que reciba las siguientes vacunas que aún NO ha recibido. **Marque la casilla correspondiente y escriba su inicial.**

- Sí/Inicial:** \_\_\_\_\_ *Todas las vacunas requeridas y recomendadas por los Centros de Control de Enfermedades para la edad y grado de mi estudiante.*
- Sí/Inicial:** \_\_\_\_\_ *Todas las vacunas requeridas para la edad y grado de mi estudiante.*

**ACEPTACIÓN DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:**

**Sí/Inicial:** \_\_\_\_\_ Yo confirmo que, antes de la firma de este formulario de consentimiento, se puso a mi disposición una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Condado de Sedgwick, con fecha de septiembre de 2022. Mi firma abajo autoriza que vacunen a mi hijo en la escuela, así como el intercambio electrónico de información con el Registro de vacunación de Kansas. También autorizo el intercambio mutuo de los registros de vacunación de mi hijo entre la enfermería de la escuela y el Departamento de Salud del Condado de Sedgwick.

**AUTORIZACIÓN DEL SEGURO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

**Sí/Inicial:** \_\_\_\_\_ Yo solicito que los pagos de los Beneficios médicos autorizados facturados al seguro (incluyendo Medicare, Medicaid y KanCare) por los servicios que se brinden al estudiante se hagan en su nombre al Departamento de Salud del Condado de Sedgwick. Autorizo que cualquiera que tenga información médica del estudiante la comparta con los Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) y sus agentes para determinar los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Entiendo y acepto que el Departamento de Salud del Condado de Sedgwick ingresa seguros como cortesía. Además, entiendo y acepto que, si el proveedor cumple con todos los requisitos del programa, pero Medicaid ni otra cobertura de seguro no realiza el pago, es posible que yo, como padre/madre/tutor del estudiante, sea responsable de los cargos.

**Firma del padre/madre/tutor** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Nombre impreso del padre/madre/tutor** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento del padre/madre** \_\_\_\_\_

Staff use only below this line:

**Patient eligibility** (circle one): Native American/Alaskan Native Privately Insured T19 T21 Underinsured Uninsured

**Vaccinations administered** (circle all that apply): DTaP Hepatitis A Hepatitis B HIB HPV Meningitis ACWY Meningitis B MMR PCV Polio Tdap TD Varicela COVID-19 Influenza Pediarix Pentacel Vaxelis Quadracel Proquad

**ESTE PAGINA PARA EMPLEADOS**

VACCINE/LOT#/EXP DATE	EXT	SITE	ROUTE
	<input type="checkbox"/> RIGHT <input type="checkbox"/> LEFT	<input type="checkbox"/> DELTOID <input type="checkbox"/> VASTUS LATERALIS <input type="checkbox"/> UPPER ARM <input type="checkbox"/> THIGH	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SQ
	<input type="checkbox"/> RIGHT <input type="checkbox"/> LEFT	<input type="checkbox"/> DELTOID <input type="checkbox"/> VASTUS LATERALIS <input type="checkbox"/> UPPER ARM <input type="checkbox"/> THIGH	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SQ
	<input type="checkbox"/> RIGHT <input type="checkbox"/> LEFT	<input type="checkbox"/> DELTOID <input type="checkbox"/> VASTUS LATERALIS <input type="checkbox"/> UPPER ARM <input type="checkbox"/> THIGH	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SQ
	<input type="checkbox"/> RIGHT <input type="checkbox"/> LEFT	<input type="checkbox"/> DELTOID <input type="checkbox"/> VASTUS LATERALIS <input type="checkbox"/> UPPER ARM <input type="checkbox"/> THIGH	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SQ
	<input type="checkbox"/> RIGHT <input type="checkbox"/> LEFT	<input type="checkbox"/> DELTOID <input type="checkbox"/> VASTUS LATERALIS <input type="checkbox"/> UPPER ARM <input type="checkbox"/> THIGH	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SQ
	<input type="checkbox"/> RIGHT <input type="checkbox"/> LEFT	<input type="checkbox"/> DELTOID <input type="checkbox"/> VASTUS LATERALIS <input type="checkbox"/> UPPER ARM <input type="checkbox"/> THIGH	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SQ
	<input type="checkbox"/> RIGHT <input type="checkbox"/> LEFT	<input type="checkbox"/> DELTOID <input type="checkbox"/> VASTUS LATERALIS <input type="checkbox"/> UPPER ARM <input type="checkbox"/> THIGH	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SQ
	<input type="checkbox"/> RIGHT <input type="checkbox"/> LEFT	<input type="checkbox"/> DELTOID <input type="checkbox"/> VASTUS LATERALIS <input type="checkbox"/> UPPER ARM <input type="checkbox"/> THIGH	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SQ

SIGNATURE AND TITLE OF VACCINE ADMINISTRATOR:

DATE:

TIME: