

Departamento de Salud del Condado de Sedgwick FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN

Basado en los registros de vacunación que tiene acceso la enfermera de la escuela y el Departamento de Salud.

Información del Estudiante

Apellido	Nombre	Teléfono	Edad	Fecha de nacimiento
Calle		Ciudad	Estado	Código postal
Sexo M___ F___	Hispano o Latina Sí___ No___	Proveedor de atención primaria:		
Raza: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo/Isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Otro				
Autorización de contacto: - Por favor, escriba sus iniciales y marque todas las opciones que correspondan: Inicial_____ Esta información puede usarse para contactarme sobre cuestiones relacionadas a citas o recordatorios de vacunación para mí o para aquellos para quienes soy el padre o tutor. <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Correo Postal <input type="checkbox"/> Correo electrónico (indique la dirección de correo electrónico) _____				

Cuestionario de análisis de inmunización

1. ¿La persona que se va a vacunar está actualmente enferma o tiene fiebre alta?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. ¿La persona, alguna vez, ha tenido una reacción grave a una vacuna?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3. ¿La persona que se va a vacunar tiene alguna alergia que cause una reacción grave (anafiláctica)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4. ¿La persona que se va a vacunar ha tenido convulsiones u otros problemas neurológicos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5. ¿La persona que se va a vacunar tiene algún problema médico que le dificulte la lucha contra la infección?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
6. ¿La persona que se va a vacunar tiene un contacto cercano y regular con otra persona que tiene un sistema inmunológico debilitado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
7. ¿La persona está tomando cortisona, prednisona, otros esteroides, medicamentos contra el cáncer o se sometió a tratamientos de rayos X?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
8. ¿La persona que se vacunó recibió sangre, plasma o inmunoglobulina en los últimos doce meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
9. ¿Está embarazada la persona que se va a vacunar o está pensando en quedar embarazada dentro de los próximos tres meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
10. ¿Cuándo comenzó su último ciclo menstrual? Fecha: _____	<input type="checkbox"/> No aplica	

Doy permiso para que el estudiante que se menciona arriba reciba las siguientes vacunas que aún no ha recibido. Marque las casillas Y las iniciales todo lo que corresponda.

1. Sí / Inicial: _____ Todas las vacunas exigidas por la escuela.
2. Sí / Inicial: _____ Todas las vacunas adicionales recomendadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades / CDC.
3. Sí/Inicial: _____ SOLO las vacunaciones marcadas a continuación. Entiendo que mi hijo puede ser excluido de la escuela debido al incumplimiento de las normas de vacunación de la escuela.

Vacunas exigidas por la escuela	Vacunas recomendadas por el CDC
<input type="checkbox"/> DTaP <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> MMR <input type="checkbox"/> Prevnar <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> Conjugado de meningitis <input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> Meningitis B <input type="checkbox"/> Influenza

RECONOCIMIENTO DE NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS PRIVADAS:

Sí/Inicial: _____ Reconozco que una copia de la Notificación de Prácticas Privadas del Condado de Sedgwick con fecha del 1 de julio de 2013 se ha puesto a mi disposición antes de que firme el presente Formulario de consentimiento. A continuación, mi firma brinda el permiso para que yo/mi hijo sea vacunado en la escuela y autoriza el intercambio electrónico de información al Registro de Inmunización de Kansas. Asimismo, autorizo el intercambio mutuo de mis registros de vacunación o los registros de vacunación de mi hijo entre la enfermera de la escuela y el Departamento de Salud del Condado de Sedgwick.

AUTORIZACIÓN DEL SEGURO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Sí/Inicial: _____ Solicito que el pago de las prestaciones médicas autorizadas facturadas al seguro (incluidos Medicare, Medicaid y KanCare) se realicen en nombre del estudiante al Departamento de Salud del Condado de Sedgwick por cualquier servicio proporcionado al estudiante por esa entidad. Autorizo a cualquier titular de la información médica del estudiante a divulgar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y sus agentes toda la información necesaria para determinar estas prestaciones pagaderos por los servicios relacionados. Entiendo y acepto que el Departamento de Salud del Condado de Sedgwick archiva el seguro como una cortesía. Además, entiendo y acepto que si el proveedor cumple con todos los requisitos del programa pero Medicaid no lo hace y/o cualquier otra cobertura de seguro, yo, como estudiante/padre/tutor del estudiante, puedo ser responsable de los costos.

Firma del Padre/Tutor o Estudiante _____ **Fecha** _____

Nombre en Letra de Molde del Padre/Tutor o Estudiante _____ **Fecha de nacimiento del padre** _____

PARA USO EXCLUSIVO DEL ESTABLECIMIENTO Elegibilidad del paciente

___ T19 ___ Sin seguro de salud ___ Nativo de EE. UU./ Nativo de Alaska ___ T21 ___ Seguro total ___ Seguro parcial (el seguro no cubre las vacunas)

___ Con pocos recursos (Copago del seguro o deducible lo suficientemente alto como para proporcionar una barrera contra las inmunizaciones)

Amarillo- Consentimiento de la clínica ubicada en la escuela