

# 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.

<b>Vacunas exigidas por la escuela</b>	<b>Vacunas recomendadas por el CDC</b>
<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