



Formulario de Consentimiento, Vacúnese antes de Graduarse del 2010 - 2011

Por favor llene sección A. Solo llene Sección B y C para aquellas vacunas que usted quiere que su hijo (a) reciba.

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE		ESCUELA:			
Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Dirección (incluya el número de apartamento, si es necesario)		Ciudad	Estado	Código Postal	
Padre/Madre/Tutor – por favor, escriba en letra de MOLDE			Número de teléfono durante el día		
SECCIÓN B: HISTORIAL DE VACUNAS Obtenga la Información a Través del médico			SECCIÓN C: POR FAVOR FIRME SI LA VACUNA ES NECESARIA		
HEPATITIS B (3 inyecciones) ___/___/___ ___/___/___ Fecha de la 1ra inyección Fecha de la 2da inyección ___/___/___ Fecha de la 3ra inyección			HEPATITIS B: Me han dado una copia de la declaración de información de la vacuna contra la Hepatitis B y entiendo los beneficios y riesgos de tal vacuna. Entiendo que es necesario ponerse las 3 dosis para estar completamente protegido. Por medio de la presente, libero “The Wellness Company” de toda responsabilidad al suministrar la vacuna o de los posibles efectos secundarios que la vacuna pudiera ocasionar. YO DOY PERMISO QUE A MI HIJO SE LE PONGAN LAS VACUNAS CONTRA LA HEPATITIS B Firma: _____		
MMR (2 inyecciones) ___/___/___ ___/___/___ Fecha de la 1ra inyección Fecha de la 2da inyección			MMR: Me han dado una copia de la declaración de información de la vacuna contra el Sarampión–Paperas–Rubéola (MMR, por sus siglas en inglés) y entiendo los beneficios y riesgos de tal vacuna. Entiendo que es necesario ponerse las 2 dosis para estar completamente protegido. Por medio de la presente, libero a “The Wellness Company” de toda responsabilidad al suministrar la vacuna o de los posibles efectos secundarios que la vacuna pudiera ocasionar. YO DOY PERMISO QUE A MI HIJO SE LE PONGAN LAS VACUNAS CONTRA LA MMR Firma: _____		
TDAP ___/___/___ Fecha de la inyección			TDAP: Me han dado una copia de la declaración de información de la vacuna contra el Tétano–Difteria–Tos Ferina (TDAP por sus siglas in inglés) y entiendo los beneficios y riesgos de tal vacuna. Por medio de la presente, libero a “The Wellness Company” de toda responsabilidad al suministrar la vacuna o de los posibles efectos secundarios que la vacuna pudiera ocasionar. YO DOY PERMISO QUE A MI HIJO SE LE PONGA LA VACUNA CONTRA EL TDAP Firma: _____		
MENINGITIS ___/___/___ Fecha de la inyección			MENINGITIS: Me han dado una copia de la declaración de información de la vacuna Meningocócica (meningitis) y entiendo los beneficios y riesgos de tal vacuna. Por medio de la presente, libero a “The Wellness Company” de toda responsabilidad al suministrar la vacuna o de los posibles efectos secundarios que la vacuna pudiera ocasionar. YO DOY PERMISO QUE A MI HIJO SE LE PONGA LA VACUNA CONTRA LA MENINGITIS Firma: _____		
VARICELA ___/___/___ ___/___/___ Fecha de la 1ra inyección Fecha de la 2da inyección ___/___/___ Fecha en la que le dio varicela			VARICELA: Me han dado una copia de la declaración de información de la vacuna contra la Varicela y entiendo los beneficios y riesgos de tal vacuna. Entiendo que es necesario ponerse las 2 dosis para estar completamente protegido. Por medio de la presente, libero a “The Wellness Company” de toda responsabilidad al suministrar la vacuna o de los posibles efectos secundarios que la vacuna pudiera ocasionar. YO DOY PERMISO QUE A MI HIJO SE LE PONGAN LAS VACUNAS CONTRA LA VARICELA Firma: _____		
POLIO (de 3 a 4 inyecciones) ___/___/___ ___/___/___ Fecha de la 1ra inyección Fecha de la 2da inyección ___/___/___ ___/___/___ Fecha de la 3ra inyección Fecha de la 4ta inyección			POLIO: Me han dado una copia de la declaración de información de la vacuna contra el Polio y entiendo los beneficios y riesgos de tal vacuna. Entiendo que es necesario ponerse de 3 a 4 dosis para estar completamente protegido. Por medio de la presente, libero a “The Wellness Company” de toda responsabilidad al suministrar la vacuna o de los posibles efectos secundarios que la misma pudiera ocasionar. YO DOY PERMISO QUE A MI HIJO SE LE PONGAN LAS VACUNAS CONTRA EL POLIO Firma: _____		
HPV (3 inyecciones) ___/___/___ ___/___/___ Fecha de la 1ra inyección Fecha de la 2da inyección ___/___/___ Fecha de la 3ra inyección			HPV: Me han dado una copia de la declaración de información de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (HPV por sus siglas en inglés) y entiendo los beneficios y riesgos de tal vacuna. Entiendo que es necesario ponerse 3 dosis para estar completamente protegido. Por medio de la presente, libero a “The Wellness Company” de toda responsabilidad al suministrar la vacuna o de los posibles efectos secundarios que la vacuna pudiera ocasionar. YO DOY PERMISO QUE A MI HIJO SE LE PONGAN LAS VACUNAS CONTRA EL HPV Firma: _____		
HEPATITIS A (2 inyecciones) ___/___/___ ___/___/___ Fecha de la 1ra inyección Fecha de la 2da inyección			HEPATITIS A: Me han dado una copia de la declaración de información de la vacuna contra la Hepatitis A y entiendo los beneficios y riesgos de tal vacuna. Entiendo que es necesario ponerse 2 dosis para estar completamente protegido. Por medio de la presente, libero a “The Wellness Company” de toda responsabilidad al suministrar la vacuna o de los posibles efectos secundarios que la vacuna pudiera ocasionar. YO DOY PERMISO QUE A MI HIJO SE LE PONGAN LAS VACUNAS CONTRA LA HEPATITIS A Firma: _____		



QUESTIONARIO SOBRE INMUNIZACIÓN



Nombre del Estudiante (**letra de molde**): _____

Nombre de la Escuela: _____

Padres/Guardianes: por favor circule su respuesta a las siguientes preguntas para determinar cuales vacunas su hijo podría recibir.

- 1. ¿Es su hijo alérgico a algún medicamento, comida o vacuna? Sí No
Si su respuesta es sí, por favor explique: _____
- 2. ¿Alguna vez en el pasado, su hijo ha tenido una mala reacción a una vacuna? Sí No
Si su respuesta es sí, por favor explique: _____
- 3. ¿Alguna vez su hijo ha convulsionado o tuvo problemas cerebrales? Sí No
Si su respuesta es sí, por favor explique: _____
- 4. ¿Padece su hijo de leucemia, SIDA u otras condiciones inmunológicas? Sí No
Si su respuesta es sí, por favor explique: _____
- 5. ¿En los pasados tres meses, ha recibido su hijo tratamiento de rayos X, usado cortisona, prednisona, otro tipo de esteroides o medicamentos para combatir el cáncer? Sí No
Si su respuesta es sí, por favor explique: _____
- 6. ¿En el pasado año, ha recibido su hijo una transfusión de sangre, productos derivados de la sangre o le han dado una medicina llamada inmune globulina (gamma)? Sí No
- 7. ¿En las últimas 4 semanas, ha recibido su hijo alguna vacuna? Sí No
Si su respuesta es sí, cual(es) vacuna(s): _____

INFORMACION SOBRE EL SEGURO MEDICO DEL ESTUDIANTE

Por favor indique que seguro médico tiene su hijo y provea el número de identificación del seguro. El estudiante que no tenga seguro o que su seguro no cubra las vacunas, aún puede recibir las vacunas sin costo alguno.

Blue Cross & Blue Shield - _____
(Letras) (Números)

Medicare Part B _____
(Números) (Letras)

Federal Blue Cross - _____

Otro _____
(Nombre del seguro) (Número de identificación del seguro)

Nombre del padre/guardián (por favor escriba en letra de molde)

Número de teléfono durante el día

Firma del padre/guardián