FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE VACUNACIÓN PARA ADOLESCENTES DE 2023

(Tdap, VPH, ACWY meningocócica)

VDH VIRGINIA DEPARTMENT OF HEALTH

Health Department Use Only

Cli ID #: _____

Encounter #: _____

Nombre: _____
Apellido Nombre Segundo nombre

Fecha de nacimiento: _____/____/____ Edad: _____ Sexo: ❑ M ❑ F

Si es menor - nombre del padre/tutor: _____
Apellido Primer Nombre Inicial

Fecha de nacimiento padre/tutor: _____/_____/_____ N.º de seguro social delpadre _____ - _____ - ___
opcional

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Grado: _____ Maestro del salón de clases: _____ Escuela: _____

IMPORTANTE Número de teléfono de casa del padre/tutor: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Contacto de emergencia:_____ Número de contacto de emergencia:_____
(en caso de no ser el jefe de familia)

Mi hijo(a) tendrá 11 años o más el día de la clínica de vacunación programada: SÍ □ NO □

Marque SÍ o NO en todas las preguntas a continuación para determinar si su hijo puede recibir las vacunas que se ofrecen en la escuela. La enfermera que administra la vacuna revisará esta información el día de la clínica de vacunación.	**SÍ**	**NO**
¿Su hijo(a) alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave a cualquier componente de una vacuna u hongo?	❑	❑
En el pasado ¿su hijo(a) alguna vez ha tenido una reacción grave a una dosis anterior de la vacuna Tdap, VPH o antimeningocócica?	❑	❑
¿Experimentó su hijo un coma, disminución del nivel de conciencia o convulsiones prolongadas o múltiples dentro de los siete días posteriores a una dosis de DTP, DTaP o Tdap?	❑	❑
¿Su hijo padece de epilepsia u otro problema del sistema nervioso; alguna vez ha presentado inflamación grave o dolor intenso después de una dosis anterior de DTP, DTaP, DT o Td; o alguna vez ha padecido el síndrome de Guillain-Barré (GBS)? En caso afirmativo, consulte a su médico acerca de recibir la vacuna Tdap. (Es posible que se requiera una nota para proceder en el entorno escolar)	❑	❑
¿Está embarazada su hija? En caso afirmativo, su hijo no recibirá la vacuna contra el VPH, pero puede recibir las otras vacunas.	❑	❑

Si respondió SÍ a las preguntas, es posible que esta(s) vacuna(s) no sea segura para su hijo(a) y él/ella NO recibirá estas vacunas en la escuela. Si su hijo/a tiene una alergia grave que pone en peligro su vida, hable con el médico de su hijo/a antes de dar su consentimiento para la vacunación.

AVISO DE CONSENTIMIENTO PRESUNTO PARA LA PRUEBA DE VIH Y DE HEPATITIS B O C

El artículo 32.1-45.1 enmendado del Código de Virginia (1950) exige que el VDH realice el siguiente aviso:
1. Si algún profesional de la salud o empleado del VDH estuviera expuesto directamente a la sangre o los fluidos corporales de su hijo de manera tal que se puedan transmitir enfermedades, entiendo que la ley exige que mi hijo brinde una muestra de sangre venosa para realizar pruebas adicionales. Entiendo que las pruebas que se realizarán son para detectar infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y por hepatitis B y C. Un médico u otro proveedor de atención médica le informará el resultado de la prueba. 2. Si su hijo estuviera expuesto directamente a la sangre o los fluidos corporales de un profesional de la salud o empleado del VDH de manera tal que se puedan transmitir enfermedades, se analizará la sangre de la persona para detectar infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y por hepatitis B y C. Un médico u otro proveedor de atención médica les informará a usted y a la persona el resultado de la prueba.

*** Seguro *:** Responda lo siguiente: Esta información es requerida para fines de financiamiento federal para las vacunas de VFC.

***Nota**: Se le administrarán las vacunas a su hijo(a) sin costo alguno para usted si su hijo(a) es elegible para el Programa de Vacunas Infantiles (VFC). Si su hijo(a) tiene cobertura de un plan de seguro médico privado, el Departamento solicitará el reembolso de todos los costos permisibles relacionados con la administración de la vacuna. **Su hijo(a) no será vacunado si no proporciona toda la información del seguro médico solicitada a continuación.**

Mi hijo: ( ) no está asegurado (por un seguro privado, Medicaid o FAMIS)
( ) es indio americano o nativo de Alaska
( ) tiene MCO de Medicaid con: Virginia Premier, Optima Community Care, Anthem Healthkeepers Plus, Molina Healthcare, United Healthcare Community Plan o Aetna Better Health (encierre en un círculo su plan)
Número de póliza que aparece en su tarjeta: _____ ¿Es este un plan FAMIS? □Si □No
( ) tiene Medicaid o FAMIS (encierre en un círculo su plan) que no es un plan MCO:_____
( ) tiene otro seguro no mencionado anteriormente (especifique el nombre de la a seguranza)_____ Núm. de identificación de la póliza _____
Nombre del titular de la póliza_____
Adjunte una copia del anverso y reverso de la tarjeta del seguro o complete la siguiente información:
Dirección de la compañía de seguros _____
Número de teléfono de la compañía de seguros _____

Autorizo al VDH a divulgar los registros necesarios para apoyar la solicitud de pago de Medicare, Medicaid, y otros beneficios de atención médica. Solicito al tercer pagador que pague cualquier beneficio autorizado a VDH en mi nombre.

Oficina de Privacidad y Seguridad

Autorización para la divulgación de información médica protegida

El presente consentimiento autoriza al Departamento de Salud de Virginia (VDH) a divulgar información médica personal a las personas u organizaciones que he indicado.

- Entiendo que la prestación de tratamiento para mi hijo no podrá depender de que yo firme esta autorización.
- Cualquier información médica que haya sido divulgada por mi hijo o por mí ya no estará protegida por esta autorización.
- Se incluirá el original o una copia de la autorización en el registro médico de mi hijo.
- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas antes de que yo solicitara la retención del registro médico. Se debe presentar la solicitud por escrito, y esta entrará en vigencia a partir de la fecha de entrega al proveedor que tenga mis registros médicos.
- Autorizo al VDH a divulgar la información médica de mi hijo a su médico de atención primaria y a la escuela.
- Entiendo que los registros de vacunación de mi hijo se conservarán por un plazo de 21 años después del nacimiento.
- Entiendo que se entregará este documento al departamento de salud pública, quien lo conservará, y la escuela no conservará dicho documento.

❑ Marque la casilla si desea recibir una copia de la Notificación de las Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud de Virginia.

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN CONTRA EL VPH DEL NIÑO:

☐Mi hijo NUNCA ha sido vacunado contra el VPH. **Nota: Su hijo necesitará dos dosis: la primera dosis ahora y la segunda dosis 6 meses después de la dosis 1. NOTA: los niños con ciertas afecciones médicas pueden requerir tres dosis. Consulte con su proveedor para evaluar la necesidad de una tercera dosis.**

☐Mi hijo(a) ha recibido la primera dosis de la vacuna contra el VPH. **Nota: la segunda dosis debe recibirse 6 meses después de la dosis 1.**

He leído la Declaración de Información de Vacunación (VIS) de 2021 para la vacuna contra el VPH. Entiendo los riesgos y beneficios, y doy mi consentimiento al Departamento de Salud y su personal autorizado para que mi hijo(a), mencionado en la parte superior de este formulario reciba la vacuna contra el VPH (inyección). **Si es necesario, doy mi consentimiento para que mi hijo(a) reciba la segunda dosis aproximadamente seis meses después de la primera dosis.**

Firma del padre o tutor legal: X _____ **Fecha:** ____ / _____ / ____

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA MenACWY DEL NIÑO:

He leído la Declaración de Información sobre Vacunación (VIS) de 2021 para la Vacuna MenACWY. Entiendo los riesgos y beneficios, y doy mi consentimiento al Departamento de Salud y a su personal autorizado para que mi hijo(a), mencionado en la parte superior de este formulario reciba la vacuna antimeningocócica ACWY (inyección**).**

Firma del padre o tutor legal: X _____ **Fecha:** ____ / _____ / ____

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA Tdap DEL NIÑO:

He leído la Declaración de Información sobre Vacunación (VIS) de 2021 para la Vacuna Tdap. Entiendo los riesgos y beneficios, y doy mi consentimiento al Departamento de Salud y a su personal autorizado para que mi hijo(a), mencionado en la parte superior de este formulario reciba la vacuna Tdap (inyección**).**

Firma del padre o tutor legal: X _____ **Fecha:** ____ / _____ / ____

Envíe una copia del registro de vacunación de mi hijo a su médico a la siguiente dirección.

Nombre del Médico _____ *Dirección postal* _____ *Ciudad* _____ *Estado* _____ *Código Postal* _____

SÓLO PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD					
Date	**Item code**	**Fund Source**	**Lot Number**	**Vaccine Administration Site**	**Provider #**
	Tdap	**VFC STF**		**RA LA**	
	MenACWY	**VFC STF**		**RA LA**	
	HPV #1	**VFC STF**		**RA LA**	
	HPV #2	**VFC STF**		**RA LA**	
		VFC STF		**RA LA**	
Comments					
Provider Name/Signature and Date					