



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE VACUNACION ESCOLAR

Favor de completar el formulario completamente – Los espacios obligatorios están marcados con un asterisco (*)

*Apellido Legal del Estudiante:	*Primer Nombre:	ISN:
*Fecha de Nacimiento: _____ Mes/Día/Año	*Apellido del Padre/Tutor:	* Nombre del Padre/Tutor:
*Dirección Postal (donde recibe correo):	*Ciudad:	*Estado: Florida *Código Postal:
*Número de teléfono durante el día:	* ID del Estudiante #: _____ * Grado: _____	*Escuela:
Seguro Médico:	ID del Seguro Médico #:	Grupo Médico #:
*Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro	Raza: <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Oriental <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Americano Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Other	Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano

POR FAVOR REVISE EL RÉCORD DE VACUNAS CON EL PERSONAL EN EL SITIO DE VACUNACIÓN, LUEGO SELECCIONE Y COLOQUE SUS INICIALES EN LAS VACUNAS QUE DESEA QUE SU HIJO(A) RECIBA

<input type="checkbox"/> TDAP (Obligatoria)	_____ (Iniciales)	<input type="checkbox"/> HPV (1 ^{ra} Dosis)	_____ (Iniciales)
<input type="checkbox"/> MEN ACWY	_____ (Iniciales)	<input type="checkbox"/> HEPATITIS A	_____ (Iniciales)

*** PREGUNTAS MÉDICAS PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES - REQUERIDAS**

<p>Para padres/tutores: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar qué vacunas se le pueden administrar a su hijo/a hoy. Si responde "sí" a cualquier pregunta, no significa necesariamente que su hijo no deba vacunarse. Simplemente significa que se deben hacer preguntas adicionales. Si una pregunta no está clara, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.</p>	Sí	No	No sé
1. ¿Tiene el/la niño/a alergias a medicamentos, alimentos, un componente de vacuna o látex?			
Sí:			
2. ¿Ha tenido el/la niño/a una reacción grave a una vacuna en el pasado?			
Sí:			

CONSENTIMIENTO PARA VACUNAR*

He leído o me han explicado la información en la Declaración de Información de Vacunas (VIS) para la(s) enfermedad(es) y la(s) vacuna(s) que he seleccionado anteriormente para mi hijo/a. Verifiqué y coloqué mis iniciales al lado de la(s) vacuna(s) que deseo que reciba mi hijo/a durante la clínica de vacunas. Entiendo los beneficios y riesgos de cada vacuna. Entiendo que algunas vacunas se administran en serie durante un período de tiempo y que tendré que dar seguimiento en el Departamento de Salud local o proveedor de atención médica para completarla. **Me comunicaré con la enfermera de la escuela para retirar este consentimiento si mi hijo/a es vacunado antes de la fecha de la clínica escolar o por cualquier motivo.** A menos que firme una declaración que indique lo contrario, permito que se ingrese la información de inmunización en el sistema Florida Shots y se divulgue a otros proveedores de atención médica para evitar vacunas innecesarias o para determinar el estado de inmunización.

*Firma (Padre/Tutor): _____ *Fecha: _____

*Nombre en Letra de Molde (Pare/Tutor): _____

Solo Uso Clínico

Vaccine	Lot #	Site/Route	Vaccinator
TDAP		IM – LD/RD	
MEN ACWY		IM – LD/RD	
HPV		IM – LD/RD	
HEP A		IM – LD/RD	