

Consentimiento de Inmunización Para Estudiante



Grado: _____ Maestro/a: _____ Escuela: _____

Nombre de Estudiante: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____

Nombre de Padre/ Madre: _____ Numero de telefono: _____

Fecha de Nacimiento de Estudiante Mes: _____ Dia: _____ Año: _____ Edad: _____ Genero: _____

Domicilio: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Información de Aseguranza ***PORFAVOR ADJUNTE UNA COPIA DE LA TARJETA DE SEGURO SI EL ESTUDIANTE ESTA ASEGURADO***

- ESTUDIANTE TIENE ASEGURANZA PRIVADA:** (ex: Aetna, BCBS, United Health)
PORFAVOR ANOTE: A.) ASEGURANZA PRIMARIA B.) # DE MEMBRECIA Y C.) # DE GRUPO :
A. _____ B. _____ C. _____
Compania de Aseguranza # de Membrecia # de Grupo
- Indique el nombre y la fecha de nacimiento del asegurado primario:** (en la mayoría de los casos este es el padre)
- Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
- Su hijo/a tiene aseguranza secundaria?** Si O No
- Estudiante tiene SOONERCARE/MEDICAID.** # de SoonerCare: _____
- Estudiante no tiene seguro medico**
- ESTUDIANTE ES INDIO AMERICANO O ALASKA NATIVO**

PREGUNTAS MEDICAS

Marque cada vacuna que autorize para que su estudiante reciba y responda las siguientes preguntas:

- | | | | |
|---|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Inyeccion de la Flu | <input type="checkbox"/> Tdap | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Meningitis 4 strain |
| <input type="checkbox"/> FluMist
(2años - 49 años) | <input type="checkbox"/> HPV (Gardsail) | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Meningitis B (16 y mayores) |
| | <input type="checkbox"/> MMR | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿Está enfermo su estudiante hoy o tiene fiebre alta? | SI | NO |
| 2. ¿Tiene su hijo alergias a los antibióticos, a los huevos, a la gelatina, al látex, a la levadura o algún ingrediente de las vacunas? | SI | NO |
| 3. ¿Alguna vez su estudiante ha experimentado una reacción grave después de recibir una vacuna? | SI | NO |
| 4. ¿Ha experimentado su estudiante Guillain-Barre, hinchazón del cerebro, convulsiones u otros problemas del sistema nervioso después de una vacuna? | SI | NO |
| 5. Para las jovencitas: Esta la estudiante embarazada? | SI | NO |
| 6. ¿Tiene el estudiante cáncer, leucemia, VIH / SIDA o algún problema del sistema inmunitario, como lupus, esclerosis múltiple, artritis reumatoide o enfermedad de Chron? | SI | NO |
| 7. En los últimos 3 meses, ¿recibió su estudiante quimioterapia, radiación o medicamentos contra el cáncer? | SI | NO |
| 8. En las últimas 4 semanas, ¿recibió su estudiante una cortisona, kenalog, otra inyección de esteroides, o tomó prednisona o cualquier otro esteroide vía oral? | SI | NO |
| 9. ¿Ha recibido su hijo / a alguna vacuna en las últimas 4 semanas? | SI | NO |
| 10. Durante el año pasado, ¿recibió su estudiante una transfusión de sangre o productos derivados de la sangre? | SI | NO |
| 11. ¿Tiene su hijo un problema de salud a largo plazo con asma, corazón, pulmón, riñón, hígado o sistema nervioso? (¿Son menores de 18 años y toman aspirina o medicamentos que contienen aspirina)? | SI | NO |

Consentimiento y Firma

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento y autorizo a mi hijo (a) a recibir vacunas de Passport Health Oklahoma. Entiendo que Passport Health Oklahoma mantiene el derecho de rechazar la inmunización a mi hijo si él / ella es ingobernable y presenta un riesgo de pinchazos con la aguja involuntarios al personal o al estudiante. He tenido la oportunidad de leer y hacer preguntas sobre la (s) inmunización (es) ofrecida (s) y cualquier pregunta ha sido respondida relacionada con los beneficios / riesgos de las vacunas ofrecidas. Autorizo que la vacuna administrada se registre en el Departamento de Salud del Estado de OK y se informe a la escuela, el distrito o el pediatra si se solicita.

Firma del Padre /Guardian: _____ Fecha : _____

La participación es opcional. Sólo los estudiantes con un formulario de consentimiento completado recibirán la vacuna.

Es seguro, fácil y conveniente.

- ♦ Las vacunas serán administradas por enfermeras capacitadas de Passport Health Oklahoma.
- ♦ Las vacunas son las mismas que las que obtendría su estudiante de su médico o clínica habitual.
- ♦ Cuando más niños y adultos se vacunan contra las enfermedades, ayuda a todos a mantenerse más saludables.

No hay cargos por adelantado. Todas las vacunas se~ enviarán al seguro de su hijo o se obtendrán a través del Programa de vacunas para niños (VFC). No hay copago para este servicio, y la mayoría de las compañías de seguros pagan el 100% de las vacunas. Los niños elegibles para el Programa VFC incluyen a cualquier niño inscrito en SoonerCare / Medicaid, o son nativos americanos, nativos de Alaska o no tienen seguro.

¿Cómo se actualizará el registro de vacunas de mi hijo? Las inmunizaciones se ingresan en el Sistema de Información de Inmunización del Estado de Oklahoma (OSIIS), un registro compartido con consultorios médicos y departamentos de salud del condado.

VFC NON VFC

Office Use Only

Vaccine	Manufacturer	Lot #	Exp Date:	RA	LA	IM	SQ	Injection Site:	VIS Edition Date:

Nurse provided immunization(s) to patient without difficulty and patient was observed showing no adverse reactions.

Nurse reviewed, administered injection(s), and VIS provided by: _____ Date: _____

Nurse NOTES: