

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN DEL NIÑO

Toda la información recopilada en el formulario es estrictamente confidencial y pasará a formar parte de su historia médica

Nombre del niño:		Fecha de nacimiento:		Edad:
Sexo al nacer: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Identidad de género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> No desea indicar			
Dirección:		Ciudad y estado:	Código postal:	
Nombre del padre/madre de familia o tutor:		Teléfono de la residencia:	Celular:	
Nombre de la escuela:		Correo electrónico:		
La siguiente información se utilizará únicamente para informes estadísticos.				
Raza del niño/a (marque todas las opciones que correspondan)				
Asiático Negro o Afroamericano		Nativo americano o nativo de Alaska		Nativo de Hawái o de Islas del Pacífico
Blanco Otro				
¿Se identifica como hispano o latino? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				

### Información de seguros y evaluación de elegibilidad de VFC

Indique si alguna de las siguientes opciones corresponde a su hijo (si alguna aplica):

- No tiene seguro
- El seguro de salud *no* incluye todas o algunas vacunas: **subasegurado**
- Las vacunas/coertura médica del niño están limitadas a una cierta cantidad (tope: \$ \_\_\_\_\_): **subasegurado**

### Selección

Las siguientes preguntas nos ayudan a determinar las vacunas que puede recibir su hijo.  
Si responde "sí" a alguna pregunta, no necesariamente significa que su hijo no deba recibir una vacuna.

¿Su hijo está enfermo hoy?

¿Su hijo tiene alguna de las siguientes afecciones? En caso afirmativo, marque con un círculo:

Asma    Leucemia    Enfermedad pulmonar, cardíaca o renal    VIH o SIDA    Cáncer    Diabetes u otra enfermedad metabólica  
Trastorno de la sangre    Enfermedad hepática    Cualquier otro trastorno del sistema inmunitario

¿Su hijo tiene alergias a alimentos, medicamentos o látex, o ha tenido una reacción grave a vacunas anteriores?    S    N

En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_

¿El niño, un hermano o uno de los padres ha tenido alguna vez una convulsión o un problema del sistema nervioso?    S    N

En los últimos 6 meses, ¿su hijo ha tomado prednisona, otros esteroides, medicamentos contra el cáncer o ha recibido radioterapia?    S    N

En el último 1 año, ¿su hijo/a ha recibido una transfusión de sangre o se le ha administrado inmunoglobulina (gamma) o un medicamento antiviral?  
S    N

¿Su hijo/a ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas?    S    N

En caso afirmativo, indique: \_\_\_\_\_

¿Su niña o adolescente está embarazada o existe la posibilidad de que pueda quedar embarazada en el próximo mes?    S    N

¿A su hijo le han diagnosticado alguna vez una afección cardíaca (miocarditis o pericarditis) o ha tenido síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C) después de una infección con el virus que causa el COVID-19?    S    N

¿El padre o hermano del niño tiene un problema del sistema inmunitario?    S    N

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN DEL NIÑO

*Toda la información recopilada en el formulario es estrictamente confidencial y pasará a formar parte de su historia médica*

Su hijo/a ya debe recibir las siguientes vacunas:

Requeridas por la escuela	Recomendadas por los CDC
Padre o tutor: firme con sus iniciales al lado de cada vacuna para la que consenta la administración	
<input type="checkbox"/> DTaP/Tdap (tétanos, difteria, tos ferina)	<input type="checkbox"/> Hepatitis A
<input type="checkbox"/> Haemophilus	<input type="checkbox"/> Virus del papiloma humano (VPH)
<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> COVID-19
<input type="checkbox"/> IPV (poliomielitis)	<input type="checkbox"/> Influenza
<input type="checkbox"/> MMR (sarampión, paperas, rubéola)	
<input type="checkbox"/> Meningocócica	
<input type="checkbox"/> Neumocócico	
<input type="checkbox"/> Varicela	

INFORMACIÓN DEL SEGURO DE SALUD: RELLENE TODO DE MANERA PRECISA																							
Cople esta información de SU TARJETA DE SEGURO. Facturaremos a su seguro. <b>NO se le cobrarán</b> copagos o deducibles.																							
Tipo de seguro:	Seguro privado o asistencia médica	Mi hijo no tiene seguro médico (Su hijo/a no será rechazado por no tener seguro)																					
Nombre de la compañía de seguros	Número de identificación de miembro (escriba en los recuadros a continuación)																						
	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																						
	Número de grupo (escriba en los recuadros a continuación)																						
	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																						
SOLO PARA SEGUROS PRIVADOS																							
Nombre del titular de la póliza o adulto asegurado	Relación con el estudiante	Fecha de nacimiento del adulto asegurado	Cualquier otro número de la tarjeta de seguro																				

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN DEL NIÑO**

Toda la información recopilada en el formulario es estrictamente confidencial y pasará a formar parte de su historia médica

**PERMISO PARA VACUNAR SIN LA PRESENCIA DE LOS PADRES: DEBE FIRMAR AQUÍ PARA QUE SU HIJO SEA VACUNADO**

Al firmar a continuación, declaro que soy el padre, madre, tutor o representante legal autorizado para otorgar consentimiento para el tratamiento médico de mi hijo mencionado y por la presente doy mi consentimiento y permiso para que otros profesionales médicos autorizados por las Escuelas Públicas de la Ciudad de Baltimore administren las vacunas indicadas anteriormente y para las vacunas ingresadas en ImmuNet, el registro de inmunización de Maryland. Además, estoy de acuerdo en que la información anterior es correcta y:

(1) Doy mi consentimiento expreso para la administración de las vacunas indicadas anteriormente **sin mi presencia física**.

(2) Entiendo que si mi hijo muestra un comportamiento disruptivo mientras el personal intenta administrar las vacunas, no recibirá las vacunas en la escuela, y tendré que acompañarlo a la escuela o a su proveedor para que reciba las vacunas necesarias. En caso de una situación de emergencia, se le podrá administrar a mi hijo medicación de emergencia (como Epinefrina/Benadryl) y/u oxígeno. En el caso de que ocurra una situación de emergencia en la que no esté presente, autorizo a la Asociación de Maryland para la Prevención y a otros profesionales médicos autorizados por las Escuelas Públicas de la Ciudad de Baltimore a obtener la atención médica necesaria que consideren necesaria, incluida, entre otras, la obtención de asistencia paramédica y el transporte a un hospital local para tratamiento u observación adicional.

Firma del padre/madre o tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

He leído las hojas de información sobre la vacuna y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Me explicaron los riesgos y beneficios. Mi firma a continuación indica que doy mi consentimiento para que se me administren las vacunas a mí o a la persona nombrada anteriormente para quien estoy autorizado a hacer esta solicitud. Doy este consentimiento sin coacción ni reservas.

Firma del padre/madre o tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Autorizo a Total Health Care, Inc. a recopilar e ingresar los registros de vacunación de mi hijo en el Sistema de Información de Vacunación de Maryland (Immunet). Immunet es un sistema informático confidencial que contiene registros de vacunación. Entiendo que la información en el registro puede ser divulgada a una agencia de salud pública, así como a mis proveedores de atención médica para ayudar en la atención médica de mi hijo. Además, es posible que se divulgue información a los centros de cuidado infantil y escuelas en las que está inscrito mi hijo/a para cumplir con los requisitos estatales de vacunación. Entiendo que puedo revocar esta autorización y pedir que se elimine mi registro en cualquier momento comunicándome con el departamento de salud local.

La información anterior es verdadera a mi leal saber y entender.

Firma del padre/madre o tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_