

# School Tdap

## DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE BUNCOMBE Formulario de Consentimiento para Vacunas 2013 2013 Immunization Consent Form

Office Use Only  
M&M Pt. #

--	--	--	--	--	--

### POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE

APELLIDO(s) del niño/a																				
---------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

INICIAL del segundo nombre	
-------------------------------	--

NOMBRE del niño/a															
----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MAESTRA / O															
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DIRECCIÓN																				
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CIUDAD															
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ESTADO		
--------	--	--

Código Postal									
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CONDADO												
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

# SEGURO SOCIAL						--						--				
-----------------	--	--	--	--	--	----	--	--	--	--	--	----	--	--	--	--

FECHA DE NACIMIENTO			--				--													
---------------------	--	--	----	--	--	--	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

# de TELÉFONO																				
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- **Sexo:**  Masculino  Femenino **Grupo Étnico:**  Hispano  No-Hispano
- **Idioma Principal:** \_\_\_\_\_
- **Raza:**  Blanca  Africana/Americana  Indígena Americana/Nativa de Alaska  
 Asiática  Islas del Pacífico/Nativa de Hawái

**Por favor, conteste la siguiente pregunta. Aviso: Esta información es necesaria para propósitos de financiamiento federal. Esto no afectará que su hijo/a reciba vacunas a través de este programa. Esta información acerca de su hijo/a no será compartida con nadie.**

**Mi hijo/a:**

Tiene Medicaid o cobertura bajo Health Choice – Número de identificación/póliza: \_\_\_\_\_

Tiene seguro médico – Nombre de la compañía de seguro médico privado: \_\_\_\_\_

Por favor **adjunte una COPIA del FRENTE y REVERSO de la tarjeta de seguro médico.**

NO tiene seguro médico – No tiene cobertura médica

- Su hijo/a, ¿alguna vez se ha desmayado después de haber recibido una inyección?  Sí  No
- Su hijo/a, ¿alguna vez ha tenido una reacción grave después de haber recibido una vacuna?  Sí  No
- Su hijo/a, ¿tiene alergia a algún medicamento, comida, o cualquier otra vacuna?  Sí  No  
Si la respuesta es sí, por favor enumere a que es alérgico/a: \_\_\_\_\_
- Su hijo/a, ¿ha tenido convulsiones o algún problema en el cerebro u otra parte del sistema nervioso?  Sí  No

- **SÍ, yo doy permiso para que mi hijo/a \_\_\_\_\_ reciba la vacuna en contra del Tétanos-difteria-tos ferina (Tdap) en la escuela.**
- Se enviará la factura o cobro por el costo de la vacuna y gastos de administración a su seguro privado y/o Medicaid.
- Por favor tenga en cuenta que es posible que usted reciba una factura por cualquier servicio no cubierto por el seguro médico debido a que el Departamento de Salud puede estar fuera de la red de sus proveedores de servicios médicos o por cargos aplicados hacia su deducible.
- He leído la hoja de información acerca de la Vacuna en contra del Tétanos-difteria-tos ferina y entiendo los beneficios, riesgos y posibles complicaciones que pueden ocurrir después de recibir la vacuna. Estoy de acuerdo en que mi hijo, anteriormente nombrado, no tiene ninguna de las condiciones mencionadas y que mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente.
- Me doy por enterado que puedo obtener una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud del Condado de Buncombe en [http://buncombecounty.org/common/health/NoticeOfPrivacyPractices\\_English.pdf](http://buncombecounty.org/common/health/NoticeOfPrivacyPractices_English.pdf) o en la escuela.

Firma del Padre/Madre/ Tutor Legal X \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

STAFF USE ONLY - VACCINE ELIGIBILITY - - VACCINE DATA - - NURSE'S SIGNATURE					
<b>Tdap</b>	Date:	Type of Vaccine: Tdap	Route: IM <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LD	Pay Source <input type="checkbox"/> State <input type="checkbox"/> County	Lot #:
Nurse's Signature _____	Nurse's M&M Initials _____		DATA ENTRY: Date / Initials M&M _____ / NCIR _____ / _____		