

Departamento de Salud del Condado Brown: Formulario de consentimiento de vacunas

Por favor, marque las vacunas que debe recibir sus hijo/a:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tdap
<input type="checkbox"/> HPV
<input type="checkbox"/> Hepatitis A
<input type="checkbox"/> MMR
<input type="checkbox"/> Hepatitis B
<input type="checkbox"/> TD | <input type="checkbox"/> Meningitis
<input type="checkbox"/> Flu Shot (if available)
<input type="checkbox"/> Varicella
<input type="checkbox"/> Polio |
|--|---|

No estoy seguro de qué vacunas necesita mi hijo/a. Me gustaría que el Departamento de Salud del Condado Brown revise la información de mi hijo en WIR (Registro de Vacunación de Wisconsin). Sobre la información contenida en WIR, autorizo el Departamento de Salud del Condado Brown que administré las vacunas que figuran en este formulario de consentimiento que se recomiendan / necesitaba para su edad. Entiendo que se le proporcionará información sobre qué vacunas se dará en la clínica basada en la escuela antes de la administración de la vacuna.

Nombre del estudiante (Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre) por favor imprimir				Masculine Femenino	
Fecha de Nacimiento	Edad	Nombre de Padres/ Tutor		Teléfono ()	
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal	
Escuela					

Por favor circulo Si o No

Tiene su hijo/a un alergia a algún medicamento, comida o algún componente de la vacunas o al látex? Lista: _____	SI	NO
Ha tenido su hijo/a un reacción seria a las vacunas en el pasado?	SI	NO
Su hijo/a ha tenido un problema de salud con los pulmones, corazones, riñones, o enfermedad metabólica (por ejemplo, diabetes), asma o una enfermedad de la sangre? Él/ella está en terapia de aspirina a largo plazo?	SI	NO
Tiene su hijo/a, un hermano o un padre ha tenido convulsiones; ha tenido su hijo/a problemas del cerebro o algún orto problema del sistema nervioso?	SI	NO
Tiene su hijo/a cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico?	SI	NO
En los últimos 3 meses, Ha tomado sus hijo/a medicamento que debiliten su Sistema inmunológico, tales come cortisona, prednisona, ortos esteroides o medicamentos contra el cáncer, o le han hecho tratamientos de radiación?	SI	NO
Durante el año pasado, le hicieron a sus hijo/a una transfusión de sangre o de productos de la sangre, o le dieron inmunoglobulina o gamaglobulina o algun medicamento antiviral?	SI	NO
La persona que va a ser vacunada está embarazada o hay alguna posibilidad de que pudiera quedar embarazada en el próximo mes?	SI	NO
Ha recibido su hijo/a vacunas en las últimas 4 semanas? Lista: _____	SI	NO

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN: He leído, o se me ha explicado, la información sobre las vacunas (disponible en línea en www.co.brown.wi.us/health). He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas de manera satisfactoria. Entiendo los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s) y pido que la vacuna(s) se dé a la persona nombrada arriba por quien estoy autorizado para hacer esta solicitud. El Departamento de Salud del Condado Brown facturara con la Asistencia medical si el niño/a esta cubierto por dicho programa. Yo entiendo que un registro de esta inmunización puede ser compartido a través del Registro de Vacunación de Wisconsin (WIR) y con otros profesionales de la salud involucrados directamente con el cuidado de la persona vacunada. Este formulario de consentimiento autoriza la administración de múltiples dosis de la vacuna, si el medico lo indica. Este formulario de consentimiento expirara después de la última vacuna se da en una serie de vacunas.

Firma de Padre/ Tutor _____

Día _____

FOR OFFICE USE:

Student's Name: _____

DOB: _____

School: _____

WIR Reviewed: _____

WIR Reviewed: _____

Vaccines to be given:

Vaccines to be given:

Tdap	Meningococcal	HPV	FLU		Tdap	Meningococcal	HPV	FLU
Hep A	Hep B	MMR			Hep A	Hep B	MMR	
Td	IPV	Varicella			Td	IPV	Varicella	

Initials/ Date: _____

Initials/ Date: _____

Notes: _____

Clinic Date:

Is the child well today?	Yes	No	Initials: _____					
Tdap (IM)	L	R	Meningococcal (IM)	L	R	HPV (IM)	L	R
Hep A (IM)	L	R	Hep B (IM)	L	R	MMR (Sub Q)	L	R
Td (IM)	L	R	Polio (Sub Q)	L	R	Varicella(Sub Q)	L	R
Flu(IM)	L	R						
Vaccine Administrator Initials:						Date:		

Notes: _____

WIR Reviewed: _____

WIR Reviewed: _____

Vaccines to be given:

Vaccines to be given:

Tdap	Meningococcal	HPV	FLU		Tdap	Meningococcal	HPV	FLU
Hep A	Hep B	MMR			Hep A	Hep B	MMR	
Td	IPV	Varicella			Td	IPV	Varicella	

Initials/ Date: _____

Initials/Date: _____

Notes: _____

Clinic Date:

Is the child well today?	Yes	No	Initials: _____					
Tdap (IM)	L	R	Meningococcal (IM)	L	R	HPV (IM)	L	R
Hep A (IM)	L	R	Hep B (IM)	L	R	MMR (Sub Q)	L	R
Td (IM)	L	R	Polio (Sub Q)	L	R	Varicella(Sub Q)	L	R
Flu(IM)	L	R						
Vaccine Administrator Initials:						Date:		

Notes: _____

*Only vaccines highlighted were administered at the clinic