



Nombre de la Escuela _____

POR FAVOR COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN - POR FAVOR ESCRIBA CON TINTA (NO SE ACEPTARÁN FORMULARIOS INCOMPLETOS)									
NOMBRE DEL ESTUDIANTE		INICIAL MEDIA		APELLIDO DEL ESTUDIANTE				SUFFIX	
GÉNERO Masculino (M) Femenino (F)	Fecha de nacimiento (mes/día/año)		EDAD	GRADO		PROFESOR			
DIRECCIÓN						APELLIDO DE LA MADRE			
CIUDAD			ESTADO	CÓDIGO POSTAL		TELÉFONO			
EMAIL									

La legislación sanitaria vigente nos obliga a facturar la vacuna a su compañía de seguros. El servicio es gratuito. Sus respuestas son confidenciales.

MI HIJO ESTÁ INSCRITO EN MEDICAID (VFC ELIGIBLE) (marque con una X)		MI HIJO TIENE UN SEGURO COMERCIAL (VFC NO ELIGIBLE) (marque con una X)		ID MIEMBRO NÚMERO DE PÓLIZA	
Alabama Medicaid <input type="checkbox"/>		BCBS / All kids <input type="checkbox"/>		COMPañÍA DE SEGUROS	
		Aetna <input type="checkbox"/>		NOMBRE TITULAR DE LA PÓLIZA	
		CHAMPVA <input type="checkbox"/>		APELLIDO TITULAR DE LA PÓLIZA	
		Cigna <input type="checkbox"/>		FECHA DE NACIMIENTO (mes/día/año)	
		Tricare <input type="checkbox"/>			
		UMR- Wausau <input type="checkbox"/>			
		United Health Care <input type="checkbox"/>			
		Viva Health Plan <input type="checkbox"/>		MI HIJO NO TIENE SEGURO (VFC ELIGIBLE) (marque con una X)	

RAZA DEL ESTUDIANTE (marque con una X)		ETNIA (marque con una X)		PREGUNTAS DE SALUD (marque con una X)		SI NO	
Afroamericano <input type="checkbox"/>		Hispano <input type="checkbox"/>		¿Esta es la primera vez que su hijo reciba una vacuna antigripal?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Blanco <input type="checkbox"/>		No-Hispano <input type="checkbox"/>		¿Ha tenido su hijo alguna reacción adversa a alguna vacuna en el pasado, incluido el síndrome de Guillain Barre?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Asiático <input type="checkbox"/>				¿Su hijo padece algún trastorno sanguíneo como hemofilia o drepanocitosis?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Hawaiano / Isleño <input type="checkbox"/>							
Alaska / Nativo americano <input type="checkbox"/>							
Otros <input type="checkbox"/>							

He leído la información sobre la vacuna y las precauciones especiales que figuran en la Hoja de información sobre la vacuna. Soy consciente de que puedo encontrar la Declaración Informativa sobre Vacunas más actualizada y otra información en www.immunize.org o www.cdc.gov. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la vacuna y entiendo los riesgos y beneficios. Solicito y consiento voluntariamente que se administre la vacuna a la persona arriba mencionada de la que soy padre o tutor legal y tengo autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre. Reconozco que no se han dado garantías sobre el éxito de la vacuna. Por la presente libero al sistema escolar, HNH Immunizations Inc, MaxVax LLC, Health Hero y sus filiales, subsidiarias, escuelas de enfermería afiliadas, sus directores y empleados de cualquier y toda responsabilidad que surja de cualquier accidente o acto de omisión que surja durante la vacunación. Entiendo que este consentimiento es válido por 6 meses y que informaré a la escuela de cualquier cambio de salud antes de la fecha de la clínica de vacunación. Reconozco que estoy dando permiso para que HNH Immunizations Inc, adjudique y apele reclamaciones con mis proveedores de seguros en mi nombre. Las fechas de las clínicas se pueden obtener en la escuela. Entiendo que la información relacionada con la salud en este formulario se utilizará para fines de facturación del seguro y se protegerá su privacidad. Apruebo el uso de mi número de teléfono para recibir información relacionada con la salud. Solicito y consiento voluntariamente que se administre la vacuna y se inscriba en el registro estatal a la persona arriba indicada.

NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR CON AUTORIDAD PARA AUTORIZAR LAS VACUNAS			
NOMBRE		APELLIDO	
FECHA DE NACIMIENTO DE QUIEN FIRMA (mes/día/año)		FECHA DE LA FIRMA (mes/día/año)	
		RELACIÓN CON EL NIÑO	

Zona de uso exclusivo de la Administración
VIS CDC IIV 08/06/2021
Lot # _____ Exp: _____
Date: _____

LPN/RN/MD

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE SALUD,
PÓNGASE EN CONTACTO CON EL PEDIATRA
DE SU HIJO O LLÁMENOS AL
AL 205-609-0268 PARA HABLAR CON UN
REPRESENTANTE. CONSULTE
HTTP://WWW.HEALTHHEROUSA.COM PARA
OBTENER MÁS INFORMACIÓN.

HNH Immunizations Inc.
326 Prairie Street N.
Union Springs, AL 36089
AL@healthherousa.com
205-609-0268



Padre o tutor de: _____

El formulario de consentimiento de la vacuna debe ser devuelto por: _____

Estimado Padre / Tutor,

Los estudiantes que ingresan al sexto grado requerirán una dosis adicional de la vacuna TDAP (toxoides tetánico-diftérico y tos ferina acelular). Los estudiantes deben tener esta vacuna para ingresar al sexto grado. Esta ley entró en vigencia en 2010 y se puede encontrar en las Reglas de la Junta Estatal de Salud, Capítulo 420-6-1.03 (a).

Si desea participar en nuestra Clínica de vacunación ubicada en la escuela, complete en su totalidad y firme el formulario de consentimiento al dorso de este formulario. Asegúrese de marcar las vacunas deseadas en la parte superior del formulario, si no está marcado, le proporcionaremos todas las vacunas recomendadas por ACIP por las que su hijo debe estar actualmente. No hay ningún cargo para los padres por este servicio. Si su hijo tiene Medicaid, AllKids o un seguro privado, HNH facturará a la compañía de seguros por la vacuna. Si su hijo no tiene seguro, la vacuna también se administrará de forma gratuita.

Si su hijo está cubierto por PEEHIP, no podemos proporcionarle vacunas. Pedimos disculpas por este inconveniente; comuníquese con PEEHIP al 1-877-517-0020.

Consulte www.immunize.org o www.cdc.gov para obtener la Declaración de información sobre vacunas actual o más información sobre cada una de las vacunas recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) de los CDC.

Las siguientes vacunas recomendadas por ACIP están disponibles en la próxima clínica ubicada en la escuela:

A continuación se detallan las vacunas que su hijo debe recibir:

(Enfermera escolar: utilice el pronóstico ImmPrint para indicar vacunas no conformes. Una copia del pronóstico debe acompañar el formulario de consentimiento del estudiante al momento de la vacunación)

- o Tdap: tétanos, difteria, tos ferina: Boostrix[®] de 10 años en adelante
- o VPH- Virus del papiloma humano: Gardasil[®] Edades 9-26 con una segunda dosis después de 6 meses
- o MC'V- Meningococo ACWY: Menveo[®] Edades 2 y más (con una dosis de refuerzo recomendada a los 16 años)
- o MC'VB - Meningococo B: Bexsero[®] Edades 10-25 con una segunda dosis después de 30 días

Por favor devuelva el formulario de consentimiento, completado, con las vacunas deseadas marcadas, solo si desea que su hijo sea vacunado durante la clínica escolar; si no, deseche este formulario y haga una cita con el proveedor de atención médica de su hijo, el departamento de salud local o farmacia.

No dude en contactarnos al 205-609-0268 con cualquier pregunta o inquietud.



HNH Immunizations Inc.

WWW.HEALTHHEROUSA.COM

**HEALTH
HERO** You Keep Them Smart
We Keep Them Healthy

Por favor seleccione la (s) vacuna (s) que usted acepta para que su hijo reciba:

Tdap

MCV

MCV-B

HPV preventivo del cáncer

COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN Imprima con tinta (No se aceptarán formularios incompletos)

PRIMER NOMBRE DE ESTUDIANTE:										ULTIMO NOMBRE de Estudiante:									
Género Masculino Femenino					Fecha de nacimiento: (mes día año)					Años					Profesor de aula / grado				
Dirección										Teléfono # ()									
Ciudad					Código postal					Estado					Raza del estudiante: (marque con un círculo) Afroamericano / Negro Blanco Alaska / Nativo americano Asiático Hispano Hispano No hispano Hawaiano / Islaño del Pacífico Otro:				
Dirección de correo electrónico:																			

Las leyes actuales de atención médica requieren que facturemos a su compañía de seguros por la vacuna. El servicio se ofrece sin costo alguno para usted. Las respuestas son siempre confidenciales.

Por favor complete las siguientes preguntas relacionadas con el seguro de salud de su hijo:

Seguro <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Mi hijo NO tiene seguro de salud <input type="checkbox"/>										Compañía de seguros:									
Nombre del titular de la póliza:										Apellido del titular de la póliza:									
Identificación de miembro:										Fecha de nacimiento del titular de la póliza: (mes / día / año)									

VERIFIQUE SI O NO PARA CADA PREGUNTA

SI	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. ¿Alguna vez su hijo ha tenido una (s) reacción (es) que amenazan la vida con alguna vacuna?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. ¿Su hijo tiene alguna alergia al látex?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. ¿Alguna vez su hijo tuvo una afección llamada Síndrome de Guillain Barré (GBS)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. ¿Ha tenido su hijo convulsiones u otro problema del sistema nervioso?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Si corresponde, ¿el estudiante está embarazada o amamantando?

STOP

Por favor, NO devuelva este formulario a menos que quiera que su hijo sea

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA DE SALUD, COMUNIQUESE CON EL PEDIATRA DE SU HIJO O LLÁMENOS AL 205-609-0268 PARA HABLAR CON UN REPRESENTANTE.

He leído la información sobre la vacuna y las precauciones especiales en la Hoja de información sobre la vacuna. Soy consciente de que puedo encontrar la Declaración de información sobre vacunas más actualizada y otra información en www.immunize.org o www.cdc.gov. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la vacuna y comprender los riesgos y beneficios. Solicito y doy consentimiento voluntario para que la vacuna se administre a la persona mencionada anteriormente de quien soy el padre o tutor legal y que tengo autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre. Reconozco que no se han hecho garantías con respecto al éxito de la vacuna. Por la presente libero al sistema escolar, HNH Immunizations, Inc. y subsidiarias, escuelas afiliadas de enfermería, sus directores y empleados de cualquier responsabilidad derivada de cualquier accidente o acto de omisión que surja durante la vacunación. Entiendo que este consentimiento es válido por 6 meses y que informaré a la escuela de cualquier cambio de salud antes de la fecha de la clínica de vacunación. Las fechas de la clínica se pueden obtener de la escuela. Entiendo que la información relacionada con la salud en este formular o se utilizará para fines de facturación del seguro. Doy permiso a HNH Immunizations Inc para discutir o apelar cualquier reclamo con mi compañía de seguros en mi nombre

Nombre impreso del padre / tutor

Firma del padre / tutor

Fecha

--	--	--