

VACUNAS ADOLESCENTES

El Padre/Guardián del estudiante nombrado abajo debe completar este formulario

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE		
Apellido:	Nombre:	Grado:
Fecha de Nacimiento:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Escuela:
Domicilio:	Código Postal:	
Ciudad de residencia:	Nombre completo del padre/guardián:	
Número Teléfono:	Número Celular:	Mi relación al estudiante es: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardián
Correo electrónico (si disponible):		

REVISIÓN MÉDICA
¿Ha tenido alguna vez su niño una reacción severa a una vacuna? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí- describa:
¿Su niño tiene alergias graves a medicamentos, alimentos, huevos o al látex? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí- describa:
¿Tiene su niño una condición que reduce la inmunidad? (e.g. cancer, leukemia) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí- describa:
¿Toma su niño un medicamento que disminuye la inmunidad? (cortisona, esteroide, radiación)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí- describa:
¿Recibe su niño tratamiento con aspirina? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí- describa:
¿Ha diagnosticado su niño de asma o tiene respiración sibilante? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí- describa:
¿Está embarazada su hija o está dando pecho? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Si no está seguro de los detalles medicos, por favor consulte con su médico. Si hay un cambio en la salud de su hijo(a), por favor notifique al proveedor(a) de servicios en el día de la vacunación.

CONSENTIMIENTO DE VACUNACIÓN
He leído y entiendo la información que me han dada sobre las vacunas indicadas a continuación, incluyendo los riesgos y efectos secundarios. DOY MI CONSENTIMIENTO para que mi hijo(a) con el nombre el la parte superior de este formulario sea vacunado con las vacunas que he comprobado por debajo durante el año escolar 2013-2014. Entiendo que la escuela de mi hijo(a) no se hace responsable por los servicios o las vacunaciones administradas de Health4Chicago.
SÍ, DOY MI CONSENTIMIENTO para que mi hijo(a) reciba las siguientes vacunas recomendadas: Vacuna contra la Influenza (Gripe/ FLU) <input type="checkbox"/> Por Inyección <input type="checkbox"/> Intranasal <input type="checkbox"/> Vacuna contra Difteria, Tétanos y Tos Ferina (Tdap) <input type="checkbox"/> Vacuna contra Meningococo (Meningitis) <input type="checkbox"/> Vacuna contra el virus del papiloma humano -3 dosis en 6 meses (HPV)
<input type="checkbox"/> NO, NO DOY MI CONSENTIMIENTO para que mi hijo(a) reciba las vacunas recomendadas. RAZÓN:

SEGURO MÉDICO	<input type="checkbox"/> MI HIJO(A) NO TIENE SEGURO MÉDICO
Nombre del asegurado:	Fecha de nacimiento del asegurado:
Número de identificación de Medicaid (tarjeta médica):	
Seguro Médico (privado):	<input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> HMO
Número de identificación de seguro médico (privado):	Grupo: Empleado:

SOLAMENTE PARA USO INTERNO				
Vaccine	Date Administered	Site/ Route (Circle One)	Lot Number (Place Sticker)	Immunizer
		RA IM LA IM IN		
		RA IM LA IM IN		
		RA IM LA IM IN		
		RA IM LA IM IN		

Opto por no introducir la información de mi hijo(a) en el Integral de Intercambio Automatizado de Registro de Vacunación de Illinois, que permite a los proveedores de Illinois el acceso a los registros de vacunación de me hijo(a).

Estoy de acuerdo en asignar los beneficios del seguro por el medico tratante. La información médica puede ser divulgada a mi compañía de seguros a los efectos de garantizar el pago de los servicios recibidos. Entiendo que es mi responsabilidad de entender mis beneficios y cobertura de seguros y seré responsable de los honorarios debidos por los servicios. **Los niños no asegurados o no cubiertos por Medicaid, se le dará vacunas libre de costos a los padres.**

Firma del padre/guardian

Fecha

COMPLETE LA SIGUIENTE PÁGINA →