



## Permiso de vacunación

Favor de llenar y entregar a la escuela a más tardar el 13 de enero del 2012

<b>ESCRIBA el nombre del estudiante que va a recibir la vacuna (confirme el nombre y fecha de nacimiento mencionado arriba)</b>				
Apellido		Nombre		Segundo nombre
Dirección	Apt.	Ciudad	Estado	Código Postal
Fecha de nacimiento		Edad	Teléfono de emergencia:	
<b>Quisiera que mi hijo/a recibiera las siguientes vacunas:</b>				
<input type="checkbox"/> <b>Tdap</b> (Vea la hoja adjunta de información sobre la vacuna)				
<input type="checkbox"/> <b>MCV4</b> (Vea la hoja adjunta de información sobre la vacuna)				
¿Tiene su hijo/a alergias o problemas médicos? Favor de escribirlas: _____				
<b>Favor de contestar las siguientes preguntas encerrando en círculo las respuestas correctas:</b>				
1. ¿Alguna vez su hijo/a ha tenido una reacción severa después de recibir una vacuna?				Sí    No
2. ¿Tiene su hijo/a una condición médica crónica que afecta la vacunación?				Sí    No
3. ¿Toma su hijo/a cortisona, prednisona, otros esteroides, o medicamentos anticáncer?				Sí    No
4. En el año pasado, ¿ha recibido su hijo/a una transfusión de sangre o productos de sangre?				Sí    No
Lo siguiente describe mejor el estatus de seguro médico de mi hijo/a:				
<input type="checkbox"/> Mi hijo/a tiene cobertura de Medicaid, <b>O</b>				
<input type="checkbox"/> Mi hijo/a NO tiene cobertura de seguro médico, <b>O</b>				
<input type="checkbox"/> Mi hijo/a tiene cobertura de seguro médico pero no cubre las vacunaciones. Se pide una donación de \$15 para cada vacuna o \$30 para las dos vacunas. <b>Haga el cheque a nombre de Community Health Partners.</b>				
<b>O</b>				
<input type="checkbox"/> Mi hijo/a tiene o va a cumplir 19 años en la primavera del 2012 o tiene seguro médico que cubre las vacunas.				
<b>Una reclamación de seguro médico será entregada por la clínica de Orange City y yo espero pagar los gastos que no estén cubiertos. Los costos son: \$80 para Tdap y \$145 para MCV4 o \$214 si se necesitan las dos vacunas. Entiendo que me mandarán las facturas de copagos después de cobrar al seguro médico.</b>				
<b>Favor de incluir una copia de los dos lados de su tarjeta de seguro médico (método preferido) o proveer la siguiente información para facturar a la aseguradora.</b>				
Nombre del <i>asegurado</i> (generalmente el nombre del padre/tutor legal) _____				
Fecha de nacimiento del <i>asegurado</i> _____		Empleador del <i>asegurado</i> _____		
Nombre de la aseguradora _____		Grupo/Número de Póliza: _____		
Dirección de la aseguradora _____		Ciudad _____		
Estado _____		Código Postal _____		
Número de teléfono de la aseguradora _____				
He leído y entiendo la información sobre las vacunas Tdap y MCV4. Me han dado una oportunidad de hacer preguntas y me las han contestado a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y los riesgos de la(s) vacuna(s). Doy permiso que administren la(s) vacuna(s) indicada(s) a la persona mencionada arriba. Soy el padre o tutor legal de esta persona.				
FIRMA del padre/tutor legal _____				
Favor de escribir el nombre del padre (con letra legible) _____				

School	Grade			
Date	Vaccine	Site	Lot #	Administered By
	Tdap			
	MCV4			