

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA CONTRA EL VPH PARA ESTUDIANTES DE 2018

(Vacuna contra el virus de papiloma humano)

Nombre: _____
Apellido Nombre Segundo nombre

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Género: M F

Si es menor – nombre del padre/tutor: _____
Apellido Nombre Inicial segundo nombre.

Fecha de nacimiento padre/tutor: ____/____/____ # Seguro social padre: _____ - _____ - _____
opcional

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Grado: _____ Maestro del salón de clases: _____ Escuela: _____

IMPORTANTE # teléfono de casa del padre/tutor: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Health Department Use Only
CI #: _____
Encounter #: _____
Receipt #: _____

Por favor marque SÍ o NO en todas las preguntas a continuación para determinar si su hijo(a) puede recibir la vacuna contra el virus de papiloma humano (VPH). La enfermera que aplicará la vacuna revisará esta información el día de la vacunación.

- | | SÍ | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Su hijo(a) alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave a algún componente de una vacuna o a la levadura? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. En el pasado ¿su hijo(a) alguna vez ha tenido una reacción grave a una previa dosis de la vacuna contra el VPH? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si respondió SÍ a las preguntas anteriores 1 o 2 sobre una alergia grave o reacción a la vacuna contra el VPH es posible que esta vacuna no sea segura para su hijo(a) y él/ella NO recibirá la vacuna contra el VPH.

NOTIFICACIÓN DE CONSENTIMIENTO TÁCITO PARA PRUEBA DE VIH, HEPATITIS B O C

El VDH está obligado bajo § 32.1-45.1 del Código de Virginia (1950), y sus enmiendas, a darle la siguiente notificación:

1. Si cualquier profesional de atención de salud, trabajador o empleado de VDH estuviera expuesto directamente a la sangre o líquidos corporales de su hijo(a) en una manera que pudiera transmitir enfermedades, yo entiendo que la ley exige que mi hijo(a) proporcione una muestra de sangre venosa para que se realicen más pruebas. Yo entiendo que las pruebas que se realizarán son para el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), así como para Hepatitis B y C. Un médico u otro prestador de atención de salud le informará del resultado de la prueba. 2. Si su hijo(a) estuviera expuesto de manera directa a la sangre o líquidos corporales de un profesional de atención de la salud, trabajador o empleado de VDH de una manera que pudiera transmitir enfermedades, se le hará a la sangre de esa persona la prueba para infección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), así como para Hepatitis B y C. Un médico u otro prestador de atención de la salud le informará a usted y a esa persona el resultado de la prueba.

CONSENTIMIENTO PARA VACUNACIÓN DEL NIÑO: Favor de completar las siguientes preguntas y firmar.

Mi hijo(a) NUNCA ha sido vacunado contra el VPH. **Nota: Su hijo(a) requerirá dos dosis: la primera dosis ahora y la segunda dosis 6 meses después de la primera dosis. NOTA: niños con ciertos problemas médicos pueden requerir 3 dosis. Favor de consultar con su proveedor para evaluar la necesidad de una 3ª dosis.**

He leído la Declaración de Información sobre Vacunación (VIS) de 2016 para la Vacuna contra el VPH. Entiendo los riesgos y beneficios, y doy mi consentimiento al Departamento de Salud y a su personal autorizado para que mi hijo(a) cuyo nombre aparece en la parte superior de este formulario reciba la vacuna contra el VPH (inyección). **Si es necesario, doy mi consentimiento para que mi hijo(a) reciba la segunda dosis aproximadamente seis meses después de la primera dosis.**

Firma del padre/madre o tutor legal: _____ Fecha: ____/____/____

Ver el reverso del formulario

Seguro*: Favor contestar lo siguiente: Esta información es requerida para fines de financiamiento federal de las vacunas de VFC.

***Nota:** Se le administrarán las vacunas a su hijo(a) sin costo alguno para usted si su hijo(a) reúne los requisitos para el Programa de Vacunas Infantiles (VFC). Si su hijo(a) cuenta con cobertura de un plan de seguro médico privado, el Departamento solicitará el reembolso de todos los costos permisibles relacionados con la administración de la vacuna. **Su hijo(a) no será vacunado si usted no proporciona toda la información del seguro requerida a continuación.**

Mi hijo(a): () no está asegurado (por un seguro privado, Medicaid o FAMIS)

- () es indio americano o nativo de Alaska
- () tiene Medicaid – N°. de Medicaid: _____
- () tiene FAMIS – N°. FAMIS: _____
- () tiene otro seguro no mencionado anteriormente (especifique el plan) _____
 N°. de ID de la póliza _____ Nombre del titular de la póliza _____
 fecha de nacimiento del titular de la póliza _____
 Dirección de la compañía aseguradora _____
 Número de teléfono de la compañía aseguradora _____

Debe adjuntarse una copia del anverso y la parte posterior de la tarjeta de seguro.

Autorizo al VDH a divulgar los expedientes necesarios para apoyar la solicitud de pago por Medicare, Medicaid y otros beneficios de atención de salud. Solicito al tercer pagador que pague cualquier beneficio autorizado a VDH en mi nombre.

Oficina de Privacidad y Seguridad

Autorización para Divulgación de Información de Salud Protegida

Este consentimiento otorga al Departamento de Salud de Virginia (VDH) permiso para divulgar información personal de salud a la(s) persona(s) u organización(es) que he indicado.

- Entiendo que la prestación de tratamiento a mi hijo(a) no puede estar condicionada a que yo firme esta autorización.
- Cualquier información de salud que vuelva a divulgar yo o mi hijo(a) ya no estará protegida por esta autorización.
- El original o la copia de la autorización se deberán incluir en la historia clínica de mi hijo(a).
- Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, excepto que se hayan tomado medidas antes de mi solicitud de retener mi historia clínica. La solicitud debe realizarse por escrito y tendrá vigor cuando la misma se entregue al proveedor en posesión de mi historia clínica.
- Autorizo al VDH a divulgar información sobre la salud de mi hijo(a) a su médico de atención primaria y a la escuela.
- Entiendo que los expedientes de vacunación se retendrán hasta que mi hijo(a) cumpla 21 años.
- Entiendo que este documento será entregado y retenido por el departamento de salud pública y no será conservado por la escuela.

HEALTH DEPARTMENT USE ONLY

Date	Item code	Fund Source	Lot Number	Vaccine Administration Site	Provider #
	HPV9	VFC STF		RA LA	
		VFC STF		RA LA	
Comments					
Provider Name/Signature and Date					