



Departamento de Salud Publica del Condado de Monroe
111 WESTFALL RD ROCHESTER, NY 14620 585-753-5150
2014 Revisión de Vacunación y Formulario de Consentimiento
para Tdap en las Escuelas

PT. #

ENC.

Apellido (letra de molde)	Nombre	Fecha de Nacimiento / / mm dd aaaa	Edad	Fecha de Vacunación
Dirección	Apt #	Ciudad	Estado	Código
Padre/madre/tutor legal: (letra de molde)	Sexo F M	Teléfono ()		
Nombre/Dirección de Proveedor de Cuidados de Salud (Si no tiene un Proveedor de Cuidados de Salud, por favor, escriba "ninguno")	Seguro Médico (Si no tiene seguro médico, por favor, escriba "ninguno")			
Nombre de la Escuela	Número de Identificación (ID) de Seguro Médico			
Nombre del Maestro(a) de Salón de Clases				

¿Su niño(a) ha tenido convulsiones; ha tenido el niño(a) problemas del cerebro o algun otro problema del sistema nervioso? ☐ Sí ☐ No

¿Su niño(a) ha tenido alguna reacción ó alergia severa a alguna comida, medicamento, vacuna ó latex?

Si la respuesta es sí, por favor indique la alergia y la reacción: ☐ Sí ☐ No

Por favor lea:

Yo entiendo y estoy de acuerdo que mi firma aquí abajo indica lo siguiente:

- Me han dado la **Declaración de Información de la Vacuna de Tdap** (Pub: 1/2012). Tuve la oportunidad de hacer preguntas las cuales fueron contestadas satisfactoriamente. Entiendo los riesgos y beneficios de la vacuna y solicito que se le administre la vacuna a mi estudiante, al cual yo estoy autorizado a dar consentimiento. Entiendo que esta vacuna será administrada en la escuela por enfermeras del Departamento de Salud Pública del Condado de Monroe. Yo doy permiso para que se comparta este registro con el médico de mi niño(a), escuela y proveedor de seguro médico, si es adecuado.
- Yo doy consentimiento para permitir que el Departamento de Salud Pública del Condado de Monroe facture a mi seguro médico, si es adecuado.
- Por favor, firme y ponga la fecha aquí abajo. Gracias.

X

Firma de Pariente / Tutor legal del estudiante

Fecha de Consentimiento y recibo de la Declaración de Información de Vacuna

Debajo de esta linea es para Personal Autorizado solamente

DATE	*VFC Eligibility	INSURANCE	*VFC Eligibility:
	1 2 3 4 5 6		(1) Medicaid / MA Managed Care (2) Uninsured (3) American Indian / Alaskan Native (4) Underinsured (5) Child Health Plus B (6) Insured

Tdap VACCINE ADMINISTRATION

Area Below to be Completed by Nurse Giving Tdap Vaccine	
Administration Site	☐ Left Deltoid ☐ Right Deltoid
Manufac. / Dosage/ Route:	☐ GSK Boostrix Tdap, 0.5 ml, IM ☐ Sanofi Adacel Tdap, 0.5ml, IM
Lot #:	☐ _____ ☐ _____
Vaccinator : _____	

NOTES: _____



Departamento de Salud Publica del Condado de Monroe

Programa de Control de Inmunización y
Prevención de Enfermedades Comunicables

**RECONOCIMIENTO ESCRITO DE RECIBO
DE NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS PRIVADAS**

Nombre del Estudiante: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Yo reconozco que he recibido ó tuve la opción de recibir notificación de los Derechos del Paciente para Servicios Clínicos y Prácticas Privadas del Departamento de Salud Pública del Condado de Monroe. Fuí orientado acerca de cómo la facilidad y otros enlistados en la notificación manejarán mi Información de Salud Protegida. También recibí orientación acerca de mis derechos para obtener acceso y tener control de mi Información de Salud Protegida. Entiendo que podré recibir otras notificaciones que describan como la facilidad manejará formas especializadas de Información de Salud Protegida.

FIRMA

Yo reconozco que he recibido o tuve la opción de recibir notificación de los Derechos del Paciente para Servicios Clínicos y Prácticas Privadas del Departamneto de Salud Pública del Condado de Monroe. Tuve la oportunidad de hacer preguntats acertca de la notificación y del uso y divulgación de mis Derechos e Información de Salud Protegida.

Firme del Pariente ó Tutor legal: **X** _____

Nombre en Letra de Molde del Parient ó Tutor legal: _____

Fecha: _____

Good Faith Effort Documentation: Parent/Legal Guardian refused to sign form ☐

For Facility Use Only:

Date Notice Provided: _____

Name of Facility Staff Member: _____ **Title:** _____