

Formulario de autorización para la vacunación

A. Por favor marque uno de los dos casilleros que aparecen a continuación, escriba el nombre de su niño(a) en el espacio en blanco y firme y anote la fecha en la declaración que haya escogido.

- Sí**, doy mi autorización para que mi niño(a), _____, reciba la vacuna **Tdap** (que le protegerá contra el tétano, la difteria y la tos ferina) en la escuela, sin costo alguno para los padres, pero es posible que se facture a su seguro médico privado o a Medicaid por el costo de la administración de la vacuna. Entiendo que dicha vacuna es obligatoria para todos los estudiantes de las escuelas públicas que entran al 6° grado y para todos los estudiantes de escuelas privadas que cumplan 12 años de edad el 1° de agosto de 2008 o en una fecha posterior; salvo que hayan transcurrido cinco años o más desde que recibieron la última dosis de toxoide de tétano y difteria. He leído el texto de información sobre la vacuna Tdap y mis preguntas han sido contestadas.

Firma del padre, la madre o el tutor legal del niño

Fecha

- No**, no vacune a mi niño(a), _____, con la vacuna Tdap en la escuela.

Firma del padre, la madre o el tutor legal del niño

Fecha

Si usted eligió "Sí", por favor complete las secciones B y C a continuación.

Si usted eligió "No", por favor firme este formulario y envíelo de regreso a la escuela de su niño(a).

B. Padre, madre o tutor legal del niño: Por favor anote la siguiente información acerca de su niño(a) (en letra de molde):

Nombre del niño: _____ Sexo: _____ Raza: _____ Profesor(a): _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre, la madre o el tutor legal: _____

Dirección: _____ Teléfono: (____) _____

C. Por favor marque todas las declaraciones que correspondan a su niño(a) y complete las secciones en blanco que correspondan:

- Mi niño(a) es alérgico(a) a lo siguiente: _____

- Por favor envíe el registro de las vacunas que mi niño(a) recibió en la escuela a su médico:

Nombre del médico: _____

Dirección: _____

Por favor conteste la siguiente pregunta. Nota: **Se requiere proporcionar esta información para fines de financiamiento federal. El hacerlo no impedirá que su niño(a) reciba las vacunas a través de este programa. Esta información sobre su niño(a) no se divulgará a nadie más.**

- Mi niño(a): Es indio(a) americano(a) o nativo(a) de Alaska Tiene seguro de Medicaid –
No. de identificación del beneficiario: _____ - _____ - _____
- No tiene seguro - Tiene un seguro médico limitado –
No tiene cobertura de seguro médico tiene seguro, pero este **no cubre** completamente el costo de las vacunas
- Tiene seguro a través de North Carolina Health Choice for Children: Número de la póliza: _____
- Tiene seguro médico – El seguro **cubre el costo** de las vacunaciones:
Nombre de la compañía de seguros privada: _____ Número de la póliza: _____

continúa...

Sólo para uso por parte del departamento de salud local: Todos los niños deberán presentar un formulario de autorización al momento de la vacunación a fin de verificar el consentimiento del padre, la madre o el tutor legal y documentar el proceso en forma debida.

Fecha de la vacunación	Tipo de vacuna	Lugar/Vía de vacunación	No. de lote del fabricante	Fecha de impresión de la hoja informativa sobre la vacuna	Fecha en que se le entregó la hoja informativa sobre la vacuna	Firma de la enfermera
	Tdap					

Propósito: A fin de obtener el permiso de los padres para que se les administre a sus niños la vacuna Tdap en la escuela de acuerdo a las recomendaciones estatales y federales.

Preparación:

1. Entregar este documento, un panfleto y la hoja informativa sobre la vacuna al niño para que lo lleve a sus padres.
2. Al recibir el documento de regreso, asegurarse de que el padre, la madre o el tutor legal del niño hayan firmado el mismo en el espacio indicado.

Distribución: Guardar el formulario en el registro médico del niño en el departamento de salud local.

Disposición: Conservar el formulario durante 10 años.

Para ordenar más formularios: Immunization Branch
 NCDHHS
 1917 Mail Service Center
 Raleigh, NC 27699-1917
 Teléfono: 1-800-344-0569

