Consentimiento de Administración de Vacunas. Sin costo para ti

Lo que necesita saber

La clínica escolar de Minneapolis (administrado por el Departamento de Salud de Minneapolis) mantiene este archivo médico de su estudiante. Se mantiene esta información para prevenir enfermedades mediante el control de las vacunas necesarias. Si información personal está pedida y no proveída, servicios de vacunas pueden ser negadas. Esta información es privada y sólo se puede compartirla con el Departamento de Salud de Minnesota, profesionales licenciados de atención de la salud como médicos, enfermeras, aseguradores médicos, agencias de salud pública del condado, agencias de acción comunitaria o establecimientos de atención de la salud como hospitales para el propósito de evaluar y/o proveer servicios de vacunación o para ayudar la registración futura en una escuela o universidad. Sus registros de vacunación se entregarán a Minnesota Immunization Information Connection (MIIC), un registro estatal, para este propósito.

Administración de Vacunas

Muchas vacunas requieren dos (2), tres (3), cuatro (4) o cinco (5) dosis para brindar una protección completa. Éstas incluyen: **Td** (tétanos y difteria); **Tdap** (tétanos, difteria y tos ferina); **IPV** (antipoliomielítica); **MMR** (sarampión, paperas y rubeola); **Hep B** (hepatitis B); **MCV4** (antimeningocócica); **VPH** (el virus del papiloma humano); **Hep A** (hepatitis A); **MenB** (antimeningocócica B); **COVID** (coronavirus), **Varicella** (varicella), **DTaP** (difteria, tétanos, y tos ferina); **MMRV** (sarampión, paperas, rubeola y varicella)**; MenABCWY** (antimeningocócica)

Las vacuna(s) recomendadas para su estudiante a darse:

Hep A: ❑ 1 ❑ 2 **Hep B:** ❑ 1 ❑ 2 ❑ 3 HPV: ❑ 1 ❑ 2 ❑ 3 **Influenza (Gripe):** ❑ 1 **IPV:** ❑ 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4

MCV4: ❑ 1❑ 2 **MMR:** ❑ 1❑ 2 **Td:** ❑ 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ B **Tdap:** ❑ 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ B **Men B:** ❑ 1 ❑ 2

Varicella: ❑ 1❑ 2 **COVID:** ❑ 1 **MMRV:** ❑ 1 ❑ 2 **DTaP:** ❑ 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 **Men ABCWY:** ❑ 1 ❑ 2

Al firmar, usted reconoce lo siguiente:

He recibido y he leído o me han explicado la(s) hoja(s) de información sobre las vacuna(s) y enfermedad(es) indicadas anteriormente. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Pienso que entiendo los beneficios y los riesgos de las vacunas indicadas y pido que den la(s) vacuna(s) indicadas a mí o a la persona nombrada abajo. Si la persona nombrada abajo es menor de edad, aseguro que soy el padre o la madre del niño, un representante autorizado o guardián legal y puedo dar consentimiento médico para la vacunación.

_____
Nombre del estudiante (en letra de imprenta)

_____ _____
Firma del estudiante (si es mayor de 18 años) Fecha

_____ _____
Nombre del padre, madre o guardián Teléfono

_____ _____
Firma del padre, made or guardián Fecha

Las hojas de información sobre vacunas estran disponibles en español. Visite:

http://www.immunize.org/vis/vis_spanish.asp

Contraindicaciones para vacunación

Está enfermo/a hoy o tiene fiebre >101 ❑ Sí ❑ No **Reacción seria a una vacuna en el pasado** ❑ Sí ❑ No

IPV

Estudiante ha tenido un embarazo ❑ Sí ❑ No **Alergia a neomycina, streptomycina, polymyxina B** ❑ Sí ❑ No

MMR & Varicella

Alergia a la gelatina ❑ Sí ❑ No **Alergia a neomycina** ❑ Sí ❑ No

Está embarazada ❑ Sí ❑ No *No debes estar embarazada ahora y no debe quedar embarazada durante cuatro semanas. Si tiene relaciones sexuales, use un método anticonceptivo eficaz.*

Inmunosupresión del estudiante ❑ Sí ❑ No

Hepatitis B

Alergia a la levadura de panadería ❑ Sí ❑ No

Influenza (Gripe)

Esta es mi primera vacuna contra la gripe ❑ Sí ❑ No

Alergia a huevos, pollo, Timerosal, gentamicina, arginina, o algún componente de la vacuna ❑ Sí ❑ No

Tengo fiebre hoy ❑ Sí ❑ No

Tiene síndrome de Guillain-Barre ❑ Sí ❑ No

Tomo un medicamento anticoagulante ❑ Sí ❑ No Nombre de medicamento:_____

Tdap, DTaP

Alergia al látex ❑ Sí ❑ No

Tiene historia de epilepsia, convulsiones, problemas del cerebro o algún otro problema del sistema nervioso ❑ Sí ❑ No

Tiene sindrome de Guillian-Barre ❑ Sí ❑ No