



Formulario de consentimiento para la vacunación

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono: _____ Masculino Femenino (seleccione uno)

Nombre de la escuela: _____ Grado: _____

Elegibilidad para VFC:

Tipo de seguro (seleccione): **Privado Medicaid Sin seguro Seguro insuficiente Nativo americano/Nativo de Alaska**

Nombre del padre/madre/tutor: _____

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN: El Distrito Comunitario de las Escuelas Públicas de Detroit (DPSCD, por sus siglas en inglés) revisará la información de mi hijo/a en el Registro de Mejora de la Atención de Michigan (MCIR, por sus siglas en inglés). Según la información en MCIR, autorizo al DPSCD a administrar todas las vacunas recomendadas o necesarias para su edad. Este formulario de consentimiento autoriza la administración de múltiples dosis de una vacuna, según lo indique el médico. Se utilizará una combinación de vacunas según la disponibilidad, a menos que esté contraindicado.

He leído y comprendido la declaración de información de vacunación sobre la(s) vacuna(s) recomendadas, disponible en línea en www.michigan.gov/mdhhs. Entiendo los beneficios y los riesgos de la(s) vacuna(s) recomendadas. Entiendo que la(s) vacuna(s) administradas se ingresa(n) en MCIR. Este formulario de consentimiento vencerá después de la última vacuna administrada de la serie.

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

Por favor, seleccione Sí o No	Sí	No
¿El niño/a tiene alergias a medicamentos, alimentos, a componente de la vacuna o al látex?		
¿El niño/a tuvo una reacción grave a una vacuna anteriormente?		
¿El niño/a tiene un problema de salud enfermedades pulmonares, coronarias, renales o metabólicas (diabetes), asma o una enfermedad sanguínea? ¿Está recibiendo un tratamiento a largo plazo con aspirinas?		
¿El cliente, un hermano/a o un padre/madre ha tenido convulsiones? ¿El cliente ha tenido problemas cerebrales o de sistema nervioso?		
¿El cliente tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA u otro problema del sistema inmunológico?		
En los últimos 3 meses, ¿el cliente ha tomado medicamentos que debilitan su sistema inmunológico, como la cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, o ha recibido tratamientos por radiación?		
En el último año, ¿el cliente ha recibido una transfusión de sangre o hemoderivados, o ha recibido inmunoglobulina (gamma) o un medicamento antiviral?		
¿La clienta cursa un embarazo o hay alguna posibilidad de que se embarace durante el siguiente mes?		
¿El cliente ha recibido vacunas en las últimas 4 semanas?		
¿El cliente ha recibido una prueba de piel este mes?		

Los estudiantes avanzan. Todos avanzamos.



¡POR FAVOR NOTE! A CONTINUACIÓN APARECE LA SECCIÓN DE RECHAZO DE LA VACUNA

COMPLETE LA SIGUIENTE SECCIÓN SI NO QUIERE QUE SU HIJO/A RECIBA UNA VACUNA

RECHAZO DE LA VACUNA: Marque con una tilde la(s) vacuna(s) que **no** quiere que reciba su hijo/a y **firmes**.

<input type="checkbox"/> DTaP/Tdap/Td	<input type="checkbox"/> Neumococo	<input type="checkbox"/> Meningococo ACWY	<input type="checkbox"/> Polio
<input type="checkbox"/> Hib	<input type="checkbox"/> MMR	<input type="checkbox"/> Gripe	<input type="checkbox"/> HPV
<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Men B	<input type="checkbox"/> Varicela

Mi hijo/a, que nombre antes, no debería recibir las vacunas indicadas con un tilde. Entiendo la(s) posible(s) consecuencia(s) de no permitir que mi hijo/a reciba las vacunas recomendadas.

Firma del padre/madre/tutor _____

Fecha _____

Los estudiantes avanzan. Todos avanzamos.