

Departamento de Servicios de Salud del Condado El Dorado

División de Salud Pública 2011-2012

Forma de Registro y Consentimiento para la Vacuna Tdap

Escriba claro:

Escuela _____ Grado _____ Masculino Femenino

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____
Apellido Nombre

Dirección _____ PO Box _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Padre/Madre/Tutor _____ Teléfono () _____
(Si necesitamos llamarle el día de las vacunas)

PREGUNTAS PARA EVALUAR LA SALUD DEL NIÑO(A): *Conteste todas las preguntas

Sí	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene su hijo alguna enfermedad crónica o ha sido diagnosticado con: Asma enfermedades del corazón del sistema inmunológico diabetes anemia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene su hijo(a) alguna condición neurológica inestable o progresiva del cerebro, médula espinal o del sistema nervioso? (tal como, epilepsia, multiplesclerosis, parálisis cerebral, etc) - Si contestó sí, Cual? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le ha dado a su hijo(a) el Síndrome Guillain-Barré antes? Si contestó sí, Explique _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene su hijo(a) alguna otra condición médica? Si contesto sí, describa: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha recibido su hijo(a) la vacuna Tdap ? Cuando? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tenía su hijo por lo menos 7 años de edad o más cuando recibió la vacuna Tdap?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha tenido su hijo(a) reacción grave a las vacunas que contra el tétano, difteria o tos ferina o a otro tipo de vacunas? Si contestó que sí, explique: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha tenido su hijo(a) reacción alérgica grave al Látex?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Está su hija embarazada?

He recibido y leído la "Declaración Informativa sobre la Vacuna" **Tdap** (Tétano, difteria, tos ferina acelular) con fecha 11/18/08. Entiendo que puedo llamar a la División de Salud Pública del Condado El Dorado si tengo dudas respecto a la vacuna arriba indicada. En South Lake Tahoe (530) 573-3165 o Placerville (530) 621-6112.

- Entiendo que dependiendo de las respuestas de las preguntas antes mencionadas mi hijo(a) puede o no recibir la vacuna Tdap en su escuela.

Yo (Firma del Padre o Tutor) _____ autorizo que mi hijo(a) cuyo nombre aparece en esta forma a que reciba la vacuna Tdap.

Child's Name _____ Date of Birth _____ Age _____

Insight # _____

For Clinic Use Only				
Date	Vaccine/ Mfg/Lot #	Sticker	Administered By (Name and title)	Site/Route
				IM LD RD
<input type="checkbox"/> Unable to vaccinate: Absent Unwilling Other				Send Voucher
Comments:				
Screening MD/Nurse				

Nurse's Notes:

AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:

El Condado El Dorado está en cumplimiento con los requisitos de la Ley de Portabilidad y Seguro Médico que tiene información acerca de sus derechos en relación a coleccionar, usar y revelar su información médica bajo protección. El Aviso de las Prácticas de Privacidad sobre sus derechos y nuestras obligaciones legales está disponible para su revisión en nuestra página del Internet: http://www.edcgov.us/HIPAA_spanish.html Otros usos/revelación de su información médica debe ser solo con una autorización por escrito (a menos que sea un mandato de ley). Usted tiene el derecho de revisar, obtener, restringir o modificar su información médica bajo protección. Usted puede ejercer cualquiera de los derechos descritos y estipulados en el documento electrónico de nuestra página del Internet, puede emitir una queja, pedir una copia del documento, o hacer preguntas en referencia al Aviso de Prácticas Privadas llamando al (530) 621-6108.

Salud Pública del Condado El Dorado participa en el sistema de Registro de Vacunas del Estado de California. Todas las vacunas que se administren se registrarán en el sistema de datos el cual respalda la documentación de vacunas que se han administrado para información de los proveedores médicos participantes. Si usted necesita más información o tiene preguntas llame a Cathy Dunbar al (530) 621-6112 (Inglés) o Josefina Solano (530) 573-3165 (Español)