



**Forma de Consentimiento para el Refuerzo de la Vacuna Tdap – Escuela \_\_\_\_\_.**

**Importante: POR FAVOR LEA Y LLENE LOS ESPACIOS EN BLANCO ABAJO Y FIRME ESTA FORMA.**

**Apellido del estudiante:** \_\_\_\_\_ **Primer nombre:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**CUESTIONARIO DE VACUNACIÓN DEL ESTUDIANTE**

**Por favor encierre en un círculo la respuesta Sí o No en las siguientes preguntas y conteste todas.**

- |  |           |           |
|--|-----------|-----------|
| 1. ¿Tiene su hijo/a alergias a algún medicamento, alimento, componente de vacuna o látex?  | <b>Sí</b> | <b>No</b> |
| 2. ¿Tiene su hijo/a alergia al timerosal (thimerosal) y/o al formaldehído (formaldehyde)?  | <b>Sí</b> | <b>No</b> |
| 3. ¿Ha tenido su hijo/a alguna reacción alérgica a la vacuna de Tétano/Difteria/Pertussis (tos ferina) o a alguna otra vacuna en el pasado?                                  | <b>Sí</b> | <b>No</b> |
| 4. ¿Ha tenido su hijo/a, algún hermano, o alguno de sus padres un ataque/convulsión; o ha tenido su hijo/a problemas cerebrales o del sistema nervioso?                      | <b>Sí</b> | <b>No</b> |
| 5. ¿Ha tenido su hijo/a alguna vez un coma; o convulsiones largas o múltiples dentro de un periodo de 7 días después de una dosis de la vacuna de Tétano/Difteria/Pertussis? | <b>Sí</b> | <b>No</b> |
| 6. ¿Tiene su hijo/a Medi-Cal?  | <b>Sí</b> | <b>No</b> |
| 7. ¿Tiene su hijo/a seguro con <i>Healthy Families</i> o algún otro seguro médico?   | <b>Sí</b> | <b>No</b> |

**\*Nota: Ningún niño será vacunado el día de la clínica si tiene fiebre, diarrea severa o vómito.\***

He leído la información contenida en la forma de "Información Importante" sobre la enfermedad y la vacuna de abajo, o me lo han explicado. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron contestadas a mi entera satisfacción. Comprendo las ventajas y los riesgos de la vacuna y solicito que la vacuna Tdap se le aplique a la persona nombrada arriba a nombre de la cual estoy autorizado/a para hacer esta solicitud. Comprendo que, dependiendo de las respuestas a las preguntas anteriores, mi hijo/a puede recibir la vacuna Tdap en su escuela. Doy mi permiso para que mi hijo/a, cuyo nombre se anota arriba, reciba la vacuna contra Tétano, Difteria y Pertussis Acelular. **Comprendo que la información sobre las vacunas que se aplican a mí o a la persona nombrada arriba, será compartida con otros proveedores médicos para evitar vacunas innecesarias o revisar el estado de la vacunación. Si no quiero compartir el récord de vacunación, yo debo llamar a SDIR/CAIR al (619) 692-5656.**

X \_\_\_\_\_

**FIRMA: Padre/madre/tutor**

**Fecha**

Date	Site	Vaccine Lot #	Form reviewed by/Vaccinator	SDIR entry
	LD    RD		_____RN	