

Estimado padre/representante:

Muchas universidades, institutos de educación superior y empleadores exigen vacunas. Para facilitarles las cosas a su familia, nos asociamos con el Departamento de Salud del condado Howard y con Maryland Partnership for Prevention para organizar una clínica de inmunización en la escuela de su hijo en abril.

Su alumno de 11^{mo} o 12^{mo} grados puede necesitar...		
Nombre de la vacuna	¿Por qué se necesita?	¿Cuándo se necesita?
Refuerzo meningitis meningocócica (MCV4)	La meningitis es muy contagiosa y puede ser letal. Previene 4 tipos de meningitis.	Primera dosis a los 11 o 12 años de edad. Segunda dosis recomendada cinco años después.
Vacuna Meningitis meningocócica Tipo B (MenB)	Es responsable por la mayoría de los brotes de meningitis en las universidades.	Primera vacuna cerca de los 16 años de edad. La segunda se necesita al menos seis meses después.
Vacuna Virus del papiloma humano (VPH)	Previene nueve tipos de cáncer. Una de solo dos vacunas que pueden prevenir el cáncer.	Para hembras y varones de 9 a 26 años de edad. Depende de la edad, se requieren dos o tres vacunas separadas por al menos seis meses.
Vacuna Tdap	Previene el tétano, la difteria y la tos ferina.	Ya, si no ha recibido una desde los 11 años.
<p>Cuando llene el formulario de consentimiento, firme con su inicial al lado de cada vacuna que desea que su hijo reciba. Verificaremos los registros escolares y el registro de vacunación de Maryland, ImmuNet, para ver cuáles se necesitan.</p>		

Estas vacunas se proporcionarán **sin costo para usted. NO se le cobrará deducible ni copago. NO tiene que estar presente** para que su hijo sea vacunado.

Si quiere que su hijo sea vacunado, antes del 10 de abril debe:

Llenar este formulario **EN SU TELÉFONO** u otro dispositivo:

www.vaccineconsent.com



1. Llenar por completo y entregar el formulario de consentimiento **al reverso de esta carta.**
2. Si tiene seguro, llenar la información completa de seguros de su tarjeta. Se le enviará la factura a su compañía de seguros. A usted NO se le cobrará.
3. Leer las declaraciones de información sobre las vacunas en www.immunize.org/vis/ y hablar con su médico o con la enfermera de la escuela sobre cualquier pregunta que pueda tener.

Ayude a preparar a su alumno de preparatoria para la siguiente fase de su vida asegurándose de que tenga todas las vacunas recomendadas para su edad.

Howard County Public School System and Maryland Partnership for Prevention, Inc.

Condado Howard consentimiento para 2020 vacunas recomendadas para alumnos del 11mo and 12mo grado

Por favor escriba en letra clara de imprenta con tinta

APELLIDO del estudiante	NOMBRE del estudiante	INIC	Fecha nacimiento del estudiante	Edad	Sexo	Grado
			____/____/____	_____	F M	
APELLIDO del padre o representante	NOMBRE	INIC	N° ID alumno:			
Dirección			Teléfono celular/domicilio		Dirección e-mail	
Ciudad		Código postal		Nombre de la escuela		

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO - LLENE COMPLETAMENTE Y CON PRECISIÓN

Por favor, copie esta información de su TARJETA DE SEGURO. Le facturaremos a su seguro. No se le cobrará un copago ni deducible.

Tipo de seguro: Seguro privado o asistencia médica Mi hijo no tiene seguro médico Su hijo no será rechazado por no tener seguro)

Nombre de compañía de seguros	Número de ID de miembro (escriba en las casillas siguientes)															
	Número de grupo (escriba en las casilla siguientes)															

SOLO PARA SEGURO PRIVADO.
Nombre del adulto asegurado Relación con el estudiante Fecha nacimiento adulto asegurado Cualquier otro N° de la tarjeta de seguro

1. ¿Es alguna de las siguientes declaraciones pertinente a su hijo? (Si responde que SÍ a alguna pregunta, es posible que no se vacune a su hijo).

Sí	No		Sí	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha tenido anteriormente una reacción grave ante una vacuna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha tenido síndrome de Guillain-Barré
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Es alérgico a algún componente de alguna vacuna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene una alergia grave a alguna cosa Lista _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene problemas cerebrales o del sistema nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Para hembras: ¿Está embarazada?

POR FAVOR MARQUE CON SU INICIAL AL LADO DE LA(S) VACUNA(S) que desea que su hijo reciba. Verificaremos que sea necesaria.

**SOLO PARA USO DE LA OFICINA
PADRES: NO ESCRIBIR EN ESTE ESPACIO**

Iniciales de los padres	Nombre de la vacuna	Fecha de VIS	Fabricante	Lugar	Ruta	Número de lote
	Tdap	2/24/15			IM	
	Meningococo ACWY (MCV4)	8/15/19			IM	
	Meningitis B (MenB)	8/15/19			IM	
	Virus del papiloma humano (VPH)	10/30/19			IM	

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN - FIRMAR AQUÍ PARA QUE SU HIJO SEA VACUNADO

Al firmar este formulario, autorizo a mi hijo a ser inmunizado con las vacunas mencionadas, a que se le facture a mi compañía de seguros, y a que las vacunas se registren en el registro de inmunización ImmuNet de Maryland. Además, estoy de acuerdo en que la información anterior es correcta, y:

- (1) he leído la declaración de información de vacunas actual para cada vacuna o alguien me la ha leído;
- (2) entiendo los riesgos y beneficios de recibir la vacuna que he consentido que mi hijo reciba; y
- (3) me han contestado cualquier pregunta que tuviera acerca de las vacunas.

Firma del padre o representante legal _____ Fecha: ____/____/____

SOLO PARA USO DE LA OFICINA - PADRES: NO ESCRIBIR EN ESTE ESPACIO

VIS Date/ Date of Administration	PRINT Name of Vaccine Administrator	Notes