



Parent Consent for Seasonal Influenza Vaccination

FOR CLINIC USE ONLY

VFC VAX STATE 2nd Dose Needed?: YES NO

VaxCare se ha asociado con el proveedor del cuidado de su salud para brindar inmunizaciones. Todas las facturas por inmunizaciones vendrán provenientes de VaxCare o de DHEC.

Partner ID: []

Partner Name: []

Clinic ID: []

School Name: []

Consent ID: []



Información de la Escuela y del Estudiante (use tinta negra solamente)

PRIMER NOMBRE DEL ESTUDIANTE INICIAL APELLIDO DEL ESTUDIANTE EDAD GRADO SEXO: M F
FECHA DE NACIMIENTO (MM-DD-AAAA) NOMBRE DE LA ESCUELA NOMBRE DEL MAESTRO/A DE SALÓN HOGAR

ETNICIDAD: Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático Negro/Africano Americano Hawaiano/Islands del Pacifico Hispano Blanco Other
DIRECCIÓN FÍSICA APTO./SUITE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

PRIMER NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR APELLIDO DEL PADRE/MADRE/TUTOR TELÉFONO RESIDENCIAL DEL PADRE/MADRE/TUTOR: []
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE/MADRE/TUTOR: [] TELÉFONO RESIDENCIAL DEL PADRE/MADRE/TUTOR: []

Información de Seguros (¡Favor de completarlo todo!)

ASEGURADOR PAGA: Aetna BCBS CIGNA Golden Rule Mail Handlers Med Mutual Tricare United Healthcare
SEGURO PRINCIPAL NÚM. DE ID DEL ASEGURADO/MIEMBRO ID DEL GRUPO

PARENTESCO CON EL ASEGURADO: Paciente Cónyuge Dependiente FECHA DE NACIMIENTO DEL SUBSCRIPTOR/ASEGURADO (MM-DD-AAAA) SEXO: M F

Al firmar a continuación, yo doy mi consentimiento al uso y divulgación de la información personal de mi niño/a para propósitos de operaciones del cuidado de la salud, junto con la asignación de todos los pagos provenientes del asegurador enlistado arriba a VaxCare por los servicios prestados. Yo entiendo que seré responsable por el pago de las vacunas provistas, si mi compañía de seguro no paga.

Al firmar a continuación, yo pido que el Departamento de Salud y Control Ambiental (DHEC) de Carolina del Sur pague los beneficios de Medicaid de parte mía por cualquier servicio provisto a mi niño/a. Yo le doy el permiso al DHEC para intercambiar la información médica de mi niño/a u otra información confidencial, según sea necesario hacerlo, a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), sus agentes u otros agentes que lo necesiten, para determinar los beneficios relacionados con los servicios provistos. Yo estoy de acuerdo en participar en los planes de tratamiento y a la asignación de beneficios de Medicaid al DHEC por los servicios prestados. Yo reconozco que se me ha brindado el acceso a la Política de Privacidad del DHEC para que yo lo revise.

Autorización y Consentimiento

Consentimiento para el uso de la información de salud protegida y asignación de reclamaciones: Por este medio, yo doy mi consentimiento a la divulgación de la información de la salud personal de mi niño/a para propósitos de operaciones del cuidado de la salud, junto con la asignación de todo pago proveniente del asegurador enlistado arriba a VaxCare o a DHEC asociado con los servicios contemplados aquí. Autorización de la vacuna: Yo doy mi consentimiento para que mi niño/a reciba la vacuna contra la influenza de estación en la escuela. Yo he leído Declaración de Información de la Vacuna. Yo he leído los riesgos y beneficios de la vacuna. Yo entiendo que la vacuna será administrada como una inyección. Yo he leído y contestado las preguntas al dorso de este formulario cuidadosamente y con precisión y entiendo que la información incorrecta podría ocasionarle serios riesgos a mi niño/a. Yo doy mi consentimiento a que mi niño/a reciba una segunda dosis de la vacuna contra la influenza de estación en una clínica de la escuela, si mi niño/a tiene menos de 9 años de edad y el Centro de Prevención y Control de Enfermedades de los EE.UU. (CDC) recomienda una segunda dosis. En la eventualidad de una exposición ocupacional, yo doy mi consentimiento a que se le practique un análisis de sangre a mi niño, si es necesario hacerlo, para la seguridad del niño y del empleado. Yo entiendo que al Registro de Inmunizaciones de SC se le informará acerca de la inmunización de mi niño/a para propósitos de la salud pública. Yo incondicionalmente e irrevocablemente renuncio a cualquier derecho a un juicio con jurado, hasta el máximo que lo permita la ley, por cualquier reclamación o acción contra VaxCare que surja o se relacione con este servicio y que dicha reclamación o acción va a ser determinada individualmente únicamente a través del arbitraje, de acuerdo con las Reglas de Arbitraje Comerciales de la Asociación Americana de Arbitraje. Ni VaxCare ni yo tendremos el derecho a unir o consolidar reclamaciones en arbitraje por o contra otros individuos o entidades o a arbitrar cualquier reclamación como miembro representante de una clase o con la capacidad como fiscal privado. Las disposiciones de arbitraje anteriores no afectan o aplican a cualquier disputa o reclamación presentada por o contra el DHEC o cualquier acción en la cual el DHEC es una parte, sin importar si VaxCare también es una parte. El DHEC no da el consentimiento al arbitraje para resolver ninguna reclamación, disputa o acción. Si está dando el consentimiento por otro paciente: Yo tengo la autoridad legal, basado en mi parentesco con el individuo indicado arriba, para dar el consentimiento para la administración de esta vacuna.

FIRMA DEL PADRE/MADRE o TUTOR LEGAL [] FECHA []

** FAVOR DE DARLE VUELTA A LA PÁGINA Y COMPLETAR LAS PREGUNTAS DE ANÁLISIS PRELIMINAR AL DORSO ANTES DE DEVOLVERLE ESTE FORMULARIO A LA ESCUELA **

Vaccination Details (Influenza: VO4.81) FOR CLINIC USE - BLACK INK ONLY

FIRST DOSE VFC VAXCARE STATE
MFR / LOT SP GSK
VIS DATE 8/7/2015
NURSE SIGNATURE [] DATE (MM=DD=YYYY) []

SECOND DOSE VFC VAXCARE STATE
MFR / LOT SP GSK
VIS DATE 8/7/2015
NURSE SIGNATURE [] DATE (MM=DD=YYYY) []

Nurse: I hereby attest by signature above that the patient (or guardian of patient) in question has been given the Influenza Vaccine Information Sheets and has given written consent for vaccination.

Nurse: I hereby attest by signature above that the patient (or guardian of patient) in question has been given the Influenza Vaccine Information Sheets and has given written consent for vaccination.

PATIENT/STUDENT'S ASSIGNED CLASSROOM TEACHER SIGNATURE []

PATIENT/STUDENT'S ASSIGNED CLASSROOM TEACHER SIGNATURE []

Teacher: I hereby attest by signature above that the identity of the patient in question has been verified.

Teacher: I hereby attest by signature above that the identity of the patient in question has been verified.

Vacunación contra la influenza: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la cual no debemos darle a su niño/a la vacuna contra la influenza de estación. Si una pregunta no está clara, favor de pedirle a su proveedor del cuidado de la salud se la explique.

FAVOR DE CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1. ¿Ha tenido su niño alguna vez una reacción seria a los huevos O una reacción seria a vacunas contra la influenza de estación anteriores que haya ocasionado cualquiera de las siguientes: silbidos, problemas para respirar, brotes y picazón por todo el cuerpo, hinchazón en la boca o garganta o presión sanguínea muy baja o shock? | NO
<input type="checkbox"/> | SÍ
<input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha tenido su niño alguna vez el síndrome de Guillan-Barre (un raro tipo de debilidad muscular seria temporaria y parálisis)? | NO
<input type="checkbox"/> | SÍ
<input type="checkbox"/> |

Si usted contestó SÍ a cualquiera de las preguntas que aparecen arriba, su niño/a no puede recibir la vacuna contra la influenza de estación en la escuela. Por favor, póngase en contacto con su proveedor del cuidado principal acerca de la vacuna contra la influenza.

Si usted contestó NO a las preguntas que aparecen arriba, por favor, complete las siguientes preguntas adicionales:

- | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 3. Si su niño tiene menos de 9 años de edad , él/ella puede que necesite dos (2) dosis de la vacuna contra la influenza. Por favor, provea la fecha de nacimiento de su niño/a SOLAMENTE si su niño/a tiene menos de 9 años de edad. | Fecha de Nacimiento:
____/____/____ | | |
| 4. Si su niño tiene menos de 9 años de edad , ¿ha recibido su niño al menos dos (2) dosis de la vacuna contra la influenza antes del 1 de julio de 2016? | NO
<input type="checkbox"/> | SÍ
<input type="checkbox"/> | NO ESTOY SEGURO/A
<input type="checkbox"/> |

Notas: