

INFORMACIÓN PERSONAL				
Nombre de la escuela a la que atiende el estudiante:			Año de graduación:	
Escriba nombre y apellido del estudiante	Nombre:	<input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento:	
Apellido:		<input type="checkbox"/> F	____/____/____	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Escriba el nombre del padre o guardián legal:			Número de teléfono durante el día:	

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO:
 Nombre de la compañía de seguro: _____
 Número de identificación: _____ Número de Grupo (si tiene): _____
 No seguro

EVALUACIÓN MÉDICA DE ELEGIBILIDAD PARA SER VACUNADO

- ¿Tiene su hijo alergias a medicamentos, alimentos o a cualquier vacuna? S / N si su respuesta es sí, descríbala:

- En el pasado, ¿ha tenido su hijo alguna vez, una reacción seria a una vacuna? S / N si su respuesta es sí, explíquelo:

- Alguna vez, ¿su hijo, sus hermanos o uno de los padres, ha tenido convulsiones o problemas cerebrales? S / N
- ¿Tiene su hijo cáncer o leucemia, SIDA, o alguna otra condición del sistema inmune? S / N
- ¿Toma su niño cortisona, “prednisone”, esteroides, medicina anti-cáncer o ha recibido terapia de radiación? S / N
- En el último año, ¿ha recibido transfusión de sangre, productos de sangre, o le han dado inmunoglobulina? S / N
- En las últimas 4 semanas, ¿ha recibido su hijo alguna vacuna o ha tomado medicina antiviral? S / N si su respuesta es sí, cual(es): _____

CONSENTIMIENTO PARA SER VACUNADO EN LA ESCUELA
 Para las vacunas solicitadas, he visto la(s) hoja(s) de Información de la Vacuna en la página de internet <http://www.immunize.org>, o he obtenido una copia de la misma llamando a la Línea de Información del Departamento de Salud de Rhode Island, al 222-5960. Yo entiendo los beneficios y riesgos de la (s) vacuna (s) que he solicitado. Yo entiendo que será enviado un registro de la(s) vacuna(s) administrada(s) en éste programa, al Sistema Estatal KIDSNET, dentro de 48 horas después de ser vacunado. Yo, por la presente, libero “The Wellness Company” de toda responsabilidad asociada con posibles efectos secundarios por la administración de la vacuna.

ES REQUERIDA LA FIRMA DEL PADRE AL LADO DE CADA VACUNA SOLICITADA:

		Historial de vacunas	
		<i>Fechas si están disponibles</i>	
HEP A	X _____	FECHA: _____	DOSIS #1 _____ #2 _____
HEP B	X _____	FECHA: _____	DOSIS #1 _____ #2 _____ #3 _____
HPV	X _____	FECHA: _____	DOSIS #1 _____ #2 _____ #3 _____
MMR	X _____	FECHA: _____	DOSIS #1 _____ #2 _____
MENINGITIS (MCV4)	X _____	FECHA: _____	DOSIS #1 _____ #2 _____ #3 _____
MENING B	X _____	FECHA: _____	DOSIS #1 _____ #2 _____ #3 _____
POLIO	X _____	FECHA: _____	DOSIS #1 _____ #2 _____ #3 _____
TDAP / TD	X _____	FECHA: _____	DOSIS # _____ TD: _____ TD: _____
VARICELA	X _____	FECHA: _____	DOSIS #1 _____ #2 _____ FECHA DX: _____

LAS VACUNA(S) SELECCIONADAS DEBEN SER ADMINISTRADAS AL ESTUDIANTE NOMBRADO EN LA PARTE DE ARRIBA, POR QUIEN ESTOY AUTORIZADA A HACER ESTA SOLICITUD. YO ENTIENDO QUE TODAS LAS DOSIS SON NECESARIAS PARA RECIBIR PROTECCIÓN TOTAL.