DHEC
PROMOTE PROTECT PROSPER

VaxCare

Consentimiento de los Padres para la Vacuna contra el Tétanos, la Difteria y la Tos Ferina (Tdap)

FOR CLINIC USE ONLY ☐ VFC ☐ VAX ☐ State

Partner ID: **Partner Name:**

Clinic ID: **School Name:**

VaxCare se ha asociado con su proveedor de atención médica para proporcionar inmunizaciones.
Todas las facturas para los pacientes con seguro de salud privado provendrán ya sea de VaxCare o del Departamento de Salud y Control de Medioambiente (DHEC, por sus siglas en inglés).

Consent ID:

Información Escolar y del Estudiante: COMPLETE EN TINTA NEGRA SOLAMENTE. POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA.

PRIMER NOMBRE DEL ESTUDIANTE | INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE | APELLIDO DEL ESTUDIANTE | EDAD | NIVEL ESCOLAR | SEXO: ☐ M ☐ F

FECHA DE NACIMIENTO (MM▪DD▪AAAA) | NOMBRE DE LA ESCUELA | MAESTRO DEL SALÓN DE CLASES

ETNIA: ☐ Indio Americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro/Afroamericano ☐ Hawaiano/Isleño del Pacífico ☐ Hispano ☐ Blanca ☐ Otra_____

DOMICILIO | APT/SUITE | CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL

PRIMER NOMBRE DEL PADRE / TUTOR | APELLIDO DEL PADRE / TUTOR

TELÉFONO PARTICULAR DEL PADRE / TUTOR:

TELÉFONO CELULAR DEL PADRE / TUTOR:

Información del Seguro (¡Por favor llene en su totalidad!)

☐ PAGO DEL SEGURO

☐ Aetna ☐ Blue Choice ☐ BCBS ☐ Carolina Care ☐ CIGNA ☐ Coventry ☐ Golden Rule ☐ Humana ☐ Mail Handlers ☐ Medcost ☐ Med Mutual ☐ PAI ☐ Tricare ☐ UMR ☐ United Healthcare ☐ Wellpath

NOMBRE PRINCIPAL DEL SEGURO | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL MIEMBRO / ASEGURADO | IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO

RELACIÓN CON EL SUSCRIPTOR / ASEGURADO: ☐ Yo mismo ☐ Cónyuge ☐ Persona Dependiente

PRIMER NOMBRE DEL SUSCRIPTOR / ASEGURADO | APELLIDO DEL SUSCRIPTOR / ASEGURADO | FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRIPTOR / ASEGURADO (MM▪DD▪AAAA) | SEXO: ☐ M ☐ F

Con mi firma abajo, doy mi consentimiento para utilizar y divulgar la información personal de salud de mi niño para el fin de operaciones de atención médica, conjuntamente con la asignación de todos los pagos del asegurador listado anteriormente a VaxCare por los servicios prestados. Comprendo que seré responsable del pago de la vacuna Tdap si mi compañía de seguros no la paga. Reconozco que me han proporcionado acceso al Aviso de Privacidad de VaxCare para que lo revise.

☐ NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE SITUACIÓN DE MEDICAID

☐ SIN SEGURO No tengo cobertura de seguro ni de Medicaid para mi niño

Al firmar abajo, solicito que el pago de los beneficios de Medicaid sea realizado a mi nombre al Departamento de Salud y Control de Medioambiente (DHEC) de Carolina del Sur por cualquier servicio prestado a mi niño. Otorgo mi permiso al DHEC para intercambiar información médica u otra información confidencial de mi niño según sea necesario con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), sus agentes u otros agentes necesarios para determinar los beneficios relacionados con los servicios proporcionados. Acepto participar en los planes de tratamiento y asignar los beneficios Medicaid al DHEC por los servicios prestados. Reconozco que me han proporcionado acceso al Aviso de Privacidad del DHEC para que lo revise.

Autorización y Consentimiento

Consentimiento para el Uso de Información Protegida de Salud y Asignación de Reclamos: Por la presente otorgo mi consentimiento para utilizar y divulgar la información personal de salud de mi niño para el fin de operaciones de atención médica, conjuntamente con la asignación de todos los pagos del asegurador listado anteriormente a VaxCare o al DHEC asociado con los servicios aquí contemplados. Autorización para la Vacuna: Otorgo mi consentimiento para que mi niño reciba la vacuna Tdap en la escuela. He leído la Declaración Informativa de la Vacuna. He tenido la oportunidad de preguntar acerca de la vacuna. Comprendo los riesgos y beneficios de la misma. He leído y respondido las preguntas al dorso de este formulario en forma cuidadosa y precisa, y comprendo que la información incorrecta podría causar riesgos graves para mi niño. En caso de exposición ocupacional, otorgo mi consentimiento para la prueba de sangre de mi niño si fuera necesario para su seguridad y la del empleado. Comprendo que la información de inmunización de mi niño será informada al Registro de Inmunización de Carolina del Sur (SC) para los fines de salud pública. **Renuncio en forma incondicional e irrevocable a cualquier derecho a juicio por jurado, en la medida máxima permitida por la ley, por cualquier acción o reclamo contra VaxCare que surja de o esté relacionado con este servicio, y que dicha acción o reclamo será determinado exclusivamente sobre una base individual mediante arbitraje de acuerdo con las Normas de Arbitraje Comercial de la Asociación Americana de Arbitraje. Ni yo ni VaxCare tendremos derecho a unirnos o consolidad reclamos en el arbitraje por o contra otras personas o instituciones, o arbitrar cualquier reclamo como miembro representante de una clase o en capacidad de abogado particular. Las cláusulas precedentes de arbitraje no afectan ni aplican a ninguna disputa con o a reclamos por o contra el DHEC o a cualquier acción de la cual el DHEC sea una parte, sin importar si VaxCare también es parte. El DHEC no otorga su consentimiento a arbitraje para resolver ningún reclamo, disputa o acción.** Si se otorga el consentimiento por otra persona: Tengo la autoridad legal, en base a mi relación con la persona mencionada anteriormente, para otorgar el consentimiento para la administración de esta vacuna.

FIRMA del PADRE o TUTOR LEGAL | FECHA

**** POR FAVOR DÉ VUELTA LA PÁGINA Y COMPLETE LAS PREGUNTAS DE EVALUACIÓN AL DORSO →****

Vaccination Details (Tdap: VO6.8) FOR CLINIC USE - BLACK INK ONLY

MFR / LOT ☐ SP ☐ GSK

VIS DATE 2/24/15

☐ VFC ☐ VAXCARE ☐ STATE

☐ LD ☐ RD ☐ Other_____

☐ "What to Know After..." given to student

☐ Unable to vaccinate student due to_____ "Unable to Vaccinate" form given to student

NURSE SIGNATURE | DATE (MM▪DD▪YYYY) | PATIENT/STUDENT'S ASSIGNED CLASSRM TEACHER SIGNATURE

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

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

DHECTdapCF.Span.012215 All rights reserved - VaxCare Corp. Printed in the USA (888) 829-8550 www.vaxcare.com

Turn Page Over →

Inmunización con Vacuna Tdap: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si existe alguna razón por la cual no debemos proporcionar la vacuna Tdap a su niño. Si una pregunta no es clara, por favor solicite a su proveedor de atención médica que se la explique.

1. ¿Ha recibido su niño con anterioridad una dosis de la vacuna Tdap (en cualquier momento o después de haber cumplido los 7 años)?	NO ☐	SÍ ☐

Si usted respondió SÍ a la Pregunta número 1, entonces DETÉNGASE y proporcione a la escuela un Certificado de Inmunización de Carolina del Sur que muestre que él/ella recibió la vacuna Tdap requerida para el ingreso a séptimo grado.

Si usted respondió NO a la pregunta número 1 más arriba, por favor complete las Preguntas número 2 a 7 si quiere que su niño reciba la vacuna Tdap.

2. ¿Ha tenido alguna vez su niño una reacción alérgica grave luego de una dosis de vacuna contra el tétano, la difteria o tos ferina (DTP, DTaP, DT, Td o Tdap) que haya ocasionado algunas de las siguientes: ¿jadeos, problema para respirar, urticaria y picazón en todo el cuerpo, hinchazón en la boca o garganta, muy baja presión sanguínea o conmoción?	NO ☐	SÍ ☐
3. ¿Ha tenido alguna vez su niño una reacción alérgica grave al látex que haya causado algunas de las siguientes: ¿jadeos, problema para respirar, urticaria y picazón en todo el cuerpo, hinchazón en la boca o garganta, muy baja presión sanguínea o conmoción?	NO ☐	SÍ ☐
4. ¿Ha estado su niño alguna vez en coma o ha tenido convulsiones prolongadas o múltiples dentro de un lapso de 7 días de una dosis de vacuna DTP o DTaP?	NO ☐	SÍ ☐
5. ¿Ha tenido su niño hinchazón o dolor severo luego de una dosis previa de cualquiera de las siguientes vacunas: DTP, DTaP, DT, Td o Tdap?	NO ☐	SÍ ☐
6. ¿Ha tenido su niño alguna vez el Síndrome de Guillain Barre (GBS) (un tipo extraño de debilidad y parálisis temporal muscular severa)?	NO ☐	SÍ ☐
7. ¿Tiene su niño epilepsia u otro problema del sistema nervioso?	NO ☐	SÍ ☐

Si usted respondió SÍ a alguna de las preguntas más arriba, su niño no puede recibir la vacuna Tdap en esta clínica. Por favor comuníquese con su proveedor de atención médica primaria acerca de la vacuna Tdap.

Notas:

DHEC PROMOTE PROTECT PROSPER

VaxCare

FOR CLINIC USE ONLY
☐ VFC ☐ VAX ☐ State

DHECTdapCF.Span.012215 All rights reserved - VaxCare Corp. Printed in the USA (888) 829-8550 www.vaxcare.com
DHEC 0780S (01/2016)