



Date: \_\_\_\_\_  
 Time In: \_\_\_\_\_  
 Time Out: \_\_\_\_\_

**DEPARTAMENTO DE SALUD DE FLORIDA EN EL CONDADO DE BROWARD  
 EVALUACIÓN DE INMUNIZACIONES Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO**

Su hijo podría necesitar una o más vacunas requeridas para su asistencia a la escuela. Para que su hijo pueda recibir las vacunas, **usted debe responder todas las preguntas y firmar este formulario de consentimiento.** Un enfermero del Departamento de Salud de Florida en el Condado de Broward proporcionará las inmunizaciones necesarias, sin costo, a los niños elegibles a través de su participación en el Programa de vacunas para niños de Florida (Florida's Vaccines for Children).

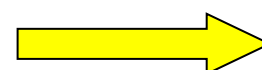
**SECCIÓN 1: INFORMACIÓN SOBRE EL MENOR (ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE)**

<b>Nombre del menor:</b>			
Apellido:		Primer nombre:	Inicial del segundo nombre:
Fecha de nacimiento del menor:		Edad del menor:	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
Día.....		Mes.....	Año.....
<b>Nombre del padre/madre/tutor legal:</b>			
Apellido:		Primer nombre:	Inicial del segundo nombre:
Número de teléfono del padre/madre/tutor legal durante el día:			
Dirección de la casa: N.º de Apto.			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
<b>Raza:(Seleccione todo lo que corresponda)</b> Indígena americano o nativo de Alaska ___ Asiático ___ Negro o afroamericano ___ Nativo de Hawái u otra Isla del Pacífico ___ Blanco ___			
<b>Hispano/latino:</b> Sí ___ No ___		<b>Idioma preferido</b> _____	

**SECCIÓN 2: EVALUACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA VACUNAS**

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar cuáles vacunas el menor podría ya haber recibido. Si su respuesta es “sí” a cualquier pregunta, no necesariamente quiere decir que no se deba vacunar el menor.

<b>Marque Sí o No para cada pregunta.</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
1. ¿Está el menor enfermo el día de hoy?		
2. ¿Tiene el menor alergia a <b>medicamentos, alimentos, un componente de la vacuna o al látex?</b> Explique:		
3. ¿Ha tenido el menor una <b>reacción grave</b> a una vacuna en el pasado?		
4. ¿Ha tenido el menor un problema de salud con <b>pulmones, corazón, riñones o enfermedad metabólica</b> (por ejemplo, diabetes), <b>asma</b> o un <b>trastorno de la sangre?</b>		
5. ¿Ha tenido el <b>menor</b> , un <b>hermano</b> , o uno de los <b>padres</b> una <b>convulsión</b> ; ha tenido el menor problemas <b>cerebrales</b> u otro problema del <b>sistema nervioso?</b>		
6. ¿El <b>menor</b> tiene <b>cáncer, leucemia, VIH/SIDA</b> o cualquier otro problema del <b>sistema inmunológico?</b>		
7. En los últimos <b>tres meses</b> ¿tomó el menor <b>medicamentos</b> que afectan el sistema inmunológico, tales como <b>prednisona, otros esteroides</b> o <b>medicamentos contra el cáncer</b> ; medicamentos para el tratamiento de la <b>artritis reumatoide, enfermedad de Crohn</b> o <b>psoriasis</b> , o ha tenido <b>tratamiento de radiación?</b>		
8. En el último año, ¿recibió el menor alguna <b>transfusión de sangre</b> o <b>productos derivados de la sangre</b> o se le administró globulina <b>inmune (gamma)</b> o un <b>medicamento antiviral?</b>		
9. ¿Está <b>embarazada</b> la menor/adolescente o existe la <b>posibilidad</b> de que pueda quedar embarazada durante el próximo mes?		
10. ¿Ha <b>sido vacunado su hijo en los últimos 30 días?</b> Si respondió “Sí” indique el tipo de vacuna y la fecha:		



**SECCIÓN 3: CONSENTIMIENTO PARA VACUNACIÓN DEL MENOR.**

Recibí, leí y entendí las Declaraciones de información sobre las vacunas (Vaccine Information Statements, VIS) relacionadas con las vacunas recomendadas. Tuve la oportunidad de hacer preguntas y de hablar sobre mis inquietudes con un profesional de la atención médica. **Do you mi permiso** para que un enfermero del Departamento de Salud de Florida en el Condado de Broward administre una o más vacunas requeridas para la asistencia a la escuela o recomendadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (United States Centers for Disease Control and Prevention) y la Academia Americana de Pediatría (American Academy of Pediatrics) y la Academia Americana de Médicos de Familia (American Academy of Family Physicians) para mi hijo. Se adjuntan copias de las VIS para cada vacuna. También recibí un Aviso de Prácticas de privacidad relacionado con el uso de información médica.

El registro de la vacunación de su hijo se ingresará en Vacunas de Florida (Florida Shots), el sistema de la Oficina de Inmunizaciones del Departamento de Salud (Department of Health Bureau of Immunization system) para el almacenaje de los registros de vacunas. El sistema es seguro y solo puede ser utilizado por médicos, enfermeros y escuelas aprobadas. Esto garantiza que el historial de vacunas esté disponible cada vez que su hijo visite al médico o si cambia de escuela. Si no desea que se dé seguimiento a los datos de su hijo en Florida Shots comuníquese llamando al 1-877-888-7468.

Yo, \_\_\_\_\_ (ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE el nombre del adulto que da el consentimiento) tengo la siguiente relación con el menor antes mencionado (marque la relación con el menor):

- Madre                       Padrastro                       Hermano adulto\*                       Tía adulta\*  
 Padre                       Abuelo                       Hermana adulta\*                       Tío adulto\*  
 Tutor legal                       Custodio legal                      \*Mayor de 18 años de edad

Tengo la autoridad legal, con base en la relación con el menor como se indicó arriba, de conformidad con s.743.0645, F.S., para dar el consentimiento para las vacunas del menor antes mencionado.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

- ¿Tiene el menor Medicaid?  SÍ  NO
- Si no tiene Medicaid, ¿tiene el menor otro seguro médico?  SÍ  NO  
 Si respondió "SÍ", ¿cubre el seguro médico del menor todas las vacunas?  SÍ  NO  
 ¿Ha superado el monto que el seguro médico de su hijo paga por las vacunas?  SÍ  NO

**DOH Administrative Use Only**

Screener Name: Title/Sig \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Florida Shots Look Up Attached: Yes  Not Found

*Vaccinator- Fill out form*

Vaccine	Site	Route	Mfg.	Lot #	Exp Date	Notes
<b>DTap</b> (Diphtheria, Tetanus, Pertussis)		IM				
<b>Hep B</b> (Hepatitis B)		IM				
<b>HIB</b> (Haemophilus Influenzae Type B)		IM				
<b>HPV9</b> (Human Papillomavirus)		IM				
<b>IPV</b> (Inactivated Polio)		IM				
<b>MenACWY(MCV4)</b> Meningococcal Conjugate)		IM				
<b>MMR</b> (Measles, Mumps, and Rubella)		SC				
<b>PCV13</b> (Pneumococcal Polysaccharide)		IM				
<b>TD TENIVAC</b> (Tetanus Diphtheria)		IM				
<b>Tdap</b> (Tetanus, Diphtheria, Pertussis)		IM				
<b>VZV Varicella</b> (Chickenpox)		SC				

- Part A (K-12 Requirements, Excluding 7<sup>th</sup> Grade)  
 Part A (7<sup>th</sup> Grade Requirements Only)  
 Part B (Temp Medical Exemption Expiration)  
 Part C (Permanent Medical Exemption)  
 680 Only Certification

Vaccinator Name: Title & Sig: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_