



Forma de Consentimiento para el Refuerzo de la Vacuna Tdap – Escuela .

**Importante: POR FAVOR LEA Y LLENE LOS ESPACIOS EN BLANCO ABAJO
Y FIRME ESTA FORMA.**

Apellido del estudiante: _____ **Primer nombre:** _____

Fecha de nacimiento: _____ **Edad:** _____

Domicilio: _____ **Teléfono:** _____

CUESTIONARIO DE VACUNACIÓN DEL ESTUDIANTE

Por favor encierre en un círculo la respuesta Sí o No en las siguientes preguntas y conteste todas.

1. ¿Tiene su hijo/a alergias a algún medicamento, alimento, componente de vacuna o látex? **Sí No**
2. ¿Tiene su hijo/a alergia al timerosal (thimerosal) y/o al formaldehído (formaldehyde)? **Sí No**
3. ¿Ha tenido su hijo/a alguna reacción alérgica a la vacuna de Tétano/Difteria/Pertussis (tos ferina)
o a alguna otra vacuna en el pasado? **Sí No**
4. ¿Ha tenido su hijo/a, algún hermano, o alguno de sus padres un ataque/convulsión; o ha tenido
su hijo/a problemas cerebrales o del sistema nervioso? **Sí No**
5. ¿Ha tenido su hijo/a alguna vez un coma; o convulsiones largas o múltiples dentro de un periodo
de 7 días después de una dosis de la vacuna de Tétano/Difteria/Pertussis? **Sí No**
6. ¿Tiene su hijo/a Medi-Cal? **Sí No**
7. ¿Tiene su hijo/a seguro con *Healthy Families* o algún otro seguro médico? **Sí No**

Nota: Ningún niño será vacunado el día de la clínica si tiene fiebre, diarrea severa o vómito.

He leído la información contenida en la forma de "Información Importante" sobre la enfermedad y la vacuna de abajo, o me lo han explicado. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron contestadas a mi entera satisfacción. Comprendo las ventajas y los riesgos de la vacuna y solicito que la vacuna Tdap se le aplique a la persona nombrada arriba a nombre de la cual estoy autorizado/a para hacer esta solicitud. Comprendo que, dependiendo de las respuestas a las preguntas anteriores, mi hijo/a puede recibir la vacuna Tdap en su escuela. Doy mi permiso para que mi hijo/a, cuyo nombre se anota arriba, reciba la vacuna contra Tétano, Difteria y Pertussis Acelular. **Comprendo que la información sobre las vacunas que se aplican a mí o a la persona nombrada arriba, será compartida con otros proveedores médicos para evitar vacunas innecesarias o revisar el estado de la vacunación. Si no quiero compartir el récord de vacunación, yo debo llamar a SDIR/CAIR al (619) 692-5656.**

X _____

FIRMA: Padre/madre/tutor

Fecha

Date	Site	Vaccine Lot #	Form reviewed by/Vaccinator	SDIR entry
	LD RD		____RN	