

VACUNAS ADOLESCENTES

El Padre/Guardián del estudiante nombrado abajo debe completar este formulario

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE		
Apellido:	Nombre:	Grado:
Fecha de Nacimiento:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Escuela:
Domicilio:	Código Postal:	
Ciudad de residencia:	Nombre completo del padre/guardián:	
Número Teléfono:	Número Celular:	Mi relación al estudiante es: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardián
Correo electrónico (si disponible):		

REVISIÓN MÉDICA
¿Ha tenido alguna vez su niño una reacción severa a una vacuna? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí- describa:
¿Su niño tiene alergias graves a medicamentos, alimentos, huevos o al látex? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí- describa:
¿Tiene su niño una condición que reduce la inmunidad? (e.g. cancer, leukemia) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí- describa:
¿Toma su niño un medicamento que disminuye la inmunidad? (cortisona, esteroide, radiación)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí- describa:
¿Recibe su niño tratamiento con aspirina? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí- describa:
¿Ha diagnosticado su niño de asma o tiene respiración sibilante? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí- describa:
¿Está embarazada su hija o está dando pecho? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Si no está seguro de los detalles medicos, por favor consulte con su médico. Si hay un cambio en la salud de su hijo(a), por favor notifique al proveedor(a) de servicios en el día de la vacunación.

CONSENTIMIENTO DE VACUNACIÓN
He leído y entiendo la información que me han dada sobre las vacunas indicadas a continuación, incluyendo los riesgos y efectos secundarios. DOY MI CONSENTIMIENTO para que mi hijo(a) con el nombre el la parte superior de este formulario sea vacunado con las vacunas que he comprobado por debajo durante el año escolar 2013-2014. Entiendo que la escuela de mi hijo(a) no se hace responsable por los servicios o las vacunaciones administradas de Health4Chicago.
SÍ, DOY MI CONSENTIMIENTO para que mi hijo(a) reciba las siguientes vacunas recomendadas: Vacuna contra la Influenza (Gripe/ FLU) <input type="checkbox"/> Por Inyección <input type="checkbox"/> Intranasal <input type="checkbox"/> Vacuna contra Difteria, Tétanos y Tos Ferina (Tdap) <input type="checkbox"/> Vacuna contra Meningococo (Meningitis) <input type="checkbox"/> Vacuna contra el virus del papiloma humano -3 dosis en 6 meses (HPV)
<input type="checkbox"/> NO, NO DOY MI CONSENTIMIENTO para que mi hijo(a) reciba las vacunas recomendadas. RAZÓN:

SEGURO MÉDICO	<input type="checkbox"/> MI HIJO(A) NO TIENE SEGURO MÉDICO
Nombre del asegurado:	Fecha de nacimiento del asegurado:
Número de identificación de Medicaid (tarjeta médica):	
Seguro Médico (privado):	<input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> HMO
Número de identificación de seguro médico (privado):	Grupo: Empleado:

SOLAMENTE PARA USO INTERNO				
Vaccine	Date Administered	Site/ Route (Circle One)	Lot Number (Place Sticker)	Immunizer
		RA IM LA IM IN		
		RA IM LA IM IN		
		RA IM LA IM IN		
		RA IM LA IM IN		

Opto por no introducir la información de mi hijo(a) en el Integral de Intercambio Automatizado de Registro de Vacunación de Illinois, que permite a los proveedores de Illinois el acceso a los registros de vacunación de me hijo(a).

Estoy de acuerdo en asignar los beneficios del seguro por el medico tratante. La información médica puede ser divulgada a mi compañía de seguros a los efectos de garantizar el pago de los servicios recibidos. Entiendo que es mi responsabilidad de entender mis beneficios y cobertura de seguros y seré responsable de los honorarios debidos por los servicios. **Los niños no asegurados o no cubiertos por Medicaid, se le dará vacunas libre de costos a los padres.**

Firma del padre/guardian

Fecha

COMPLETE LA SIGUIENTE PÁGINA →

CONSENTIMIENTO Y DISPENSA DE RESPONSABILIDAD PARA
SERVICIOS MÉDICOS RELACIONADOS PROVISTOS POR

Nombre del estudiante _____
Fecha de nacimiento del estudiante _____
#ID del estudiante _____
Nombre de la escuela _____

1. El firmante, como padre o tutor legal del niño nombrado arriba, entiende que (_____), a través de su red de proveedores calificados de servicios médicos (“(_____) Proveedores”), ofrece servicios médicos relacionados (“Servicios”) a residentes de la ciudad de Chicago incluyendo estudiantes de las Escuelas Públicas de Chicago (“CPS”), y mi niño puede ser elegible para recibir esos servicios.
2. Dado que los proveedores ofrecen diferentes servicios (_____), por la presente autorizo que mi niño reciba los siguientes servicios si están disponibles, sin que nadie tenga que obtener mi consentimiento adicional antes de que mi niño reciba cada servicio.

El padre/tutor legal debe señalar todos los servicios comprendidos por esta autorización:

-Examen físico (incluyendo pruebas de sangre y orina, si es apropiado)

-Vacunas

-Educación y promoción de la salud

-Control dental, examen y tratamiento

-Control de la vista, examen y tratamiento

Este consentimiento no autoriza ningún otro servicio que no figure en la lista. Entiendo que recibiré un aviso previo, por teléfono o escrito, de cualquier servicio que sea realizado y que tendré la oportunidad de negar mi consentimiento para exámenes físicos o vacunación caso por caso. Entiendo además que tengo el derecho de acompañar a mi niño durante esas visitas.

3. Entiendo que como cuidador sustituto de un alumno de las Escuelas Públicas de Chicago bajo la tutoría legal del Departamento de Servicios a Niños y Familias del estado de Illinois (DCFS) no estoy autorizado a otorgar consentimiento escrito para la atención médica y dental ordinaria y de rutina. También entiendo que debo requerir la autorización del Administrador de Tutorías de DCFS, o de un agente autorizado, y proveer una copia de la autorización de DCFS antes de que pueda realizarse cualquiera de los servicios de atención médica y dental.
4. Autorizo además a la Junta de Educación de la ciudad de Chicago (la Junta) a divulgar y entregar a los proveedores información relacionada con exámenes físicos pasados, vacunaciones y exámenes de la vista que figuren en los registros de salud de mi niño para asegurar que dichos proveedores puedan ofrecer efectivamente sus servicios. También doy mi consentimiento para que los proveedores divulguen y entreguen informes a la escuela de mi niño, para ser incluidos en sus registros de salud, así como informes escritos y verbales sobre los resultados de cualquiera de las pruebas y exámenes realizados. Entiendo que dichos registros continuarán protegidos por los derechos de privacidad establecidos en leyes estatales y federales.
5. Entiendo que CPS no controla los servicios prestados por el proveedor (______). Por lo tanto, si el proveedor (_____) realiza los servicios, libero a la Junta de Educación de la ciudad de Chicago, a sus miembros, agentes, oficiales, contratistas, voluntarios y empleados de cualquier reclamo, demanda, acción, queja, juicio o cualquier forma de responsabilidad que pueda surgir por culpa de, o sea causada por la prestación de los servicios y el tratamiento recibido.
6. Entiendo que el proveedor puede enviar la cuenta al programa Medicaid/AllKids del Departamento de Salud y Servicios a la Familia del estado de Illinois, o a cualquier otro seguro aplicable, para ser reembolsado por servicios prestados, y que yo puedo ser responsable de cualquier co-pago impuesto por Medicaid/AllKids o mi aseguradora. Si tiene alguna pregunta o necesita más información, llame a la línea directa de DHS 1-800-843-6154, de lunes a viernes (con excepción de los feriados estatales), entre las 8:30 a.m. y las 5:00 p.m. Las personas que usan TTY pueden llamar al 1-800-447-6404. La llamada es gratuita.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento total o parcialmente, enviando a la Junta y a la escuela del niño una comunicación escrita por fax o correo, según lo siguiente:

The Board of Education of the City of Chicago

Office of Student Health and Wellness

125 S. Clark Street, Suite 800

Chicago, IL 60603

Attn: Physical Health Fax: 773-553-1883

Copia a la escuela del niño

Attn: Principal

Esta revocación no regirá durante siete (7) días hábiles después que la Junta reciba mi aviso. A menos que yo revoque mi consentimiento, tal cual fue descrito arriba, este consentimiento regirá desde la fecha señalada abajo y permanecerá vigente hasta el 30 de junio de 2014.

Firma del padre/tutor legal: _____

Nombre en imprenta: _____

Fecha: _____