

Sacramento City Unified School District

Formulario de Consentimiento y Preguntas Sobre la Vacuna Contra el Meningococo

NOTA: Si su hijo/a ya recibió la vacuna contra el Meningococo MCV4 al cumplir los 16 años de edad o después, no hay necesidad que reciba otra vacuna contra el Meningococo. Los niños que la reciban por primera vez a la edad de 11 a 12 años, necesitarán una dosis de refuerzo a los 16 años de edad. Si recibieron la primera dosis entre los 13 y 15 años de edad, necesitarán la vacuna de refuerzo entre los 16 y 18 años de edad.

Para que usted o su hijo/a pueda recibir la vacuna contra el Meningococo, **usted debe leer y responder a todas las preguntas y firmar este formulario.** Sus respuestas a las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si usted o su hijo/a puede recibir la vacuna contra el Meningococo. Por favor lea la Declaración de Información Sobre la Vacuna Contra el Meningococo que le hemos entregado.

NOMBRE: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: Masculino o Femenino
(Nombre) (Apellido) (mes-día-año)

Tel. de los Padres: () _____ Domicilio: _____ Ciudad: _____ Zona Postal: _____
 de familia/Tutores

Por favor circule sus respuestas "Sí" o "No" y conteste **CADA UNA** de las siguientes preguntas:

1) ¿Ha recibido la persona la vacuna contra el Meningococo antes? _____ Si contestó que sí, ¿cuándo?	Sí	No
2) ¿Tiene la persona alguna reacción alérgica grave a medicinas, alimentos, látex u otras sustancias?	Sí	No
3) ¿Ha tenido la persona una mala reacción a alguna vacuna en el pasado? Si contestó que sí, por favor explique: _____	Sí	No
4) ¿Se siente saludable la persona hoy?	Sí	No
5) ¿Sufre la persona de la enfermedad de anemia de células falciformes (conocida en inglés como "sickle-cell disease"), o tiene el bazo (conocido en inglés como "spleen") dañado o se lo han removido?	Sí	No
6) ¿Sufre la persona de alguna enfermedad (o está embarazada) por la cual visita a un médico regularmente? (Si está embarazada, por favor traiga una nota de su médico para poder recibir la vacuna).	Sí	No

He recibido una copia de la Declaración de Información Sobre la Vacuna Contra el Meningococo (VIS, 10/14/11). Entiendo los beneficios y riesgos de esta vacuna y pido que la vacuna mencionada arriba sea suministrada a mí o a la persona anotada arriba, para quien estoy autorizado para solicitarla.

Firma

Nombre en letra de molde

Fecha

Información de los padres de familia/tutores – Por favor escriba en letra de molde.

Nombre completo de la madre/tutor: _____

Nombre completo del padre/tutor: _____

PARA LOS NIÑOS DE 18 AÑOS DE EDAD O MENORES SOLAMENTE. Por favor conteste las siguientes preguntas para nuestros archivos.

	Sí	No
¿Es el niño/a Indígena Americano o Nativo de Alaska?		
¿Está el niño/a cubierto bajo el programa CHDP o Medi-Cal?		
¿Tiene el niño/a seguro médico privado?		
¿Tiene el niño/a seguro médico de Healthy Families?		

Date:	Vaccine / Mfg:		Lot # Exp. Date:		Screening MD/RN/LVN	IZ Given By:	Route/ Site
	MCV4 0.5 mL	SP	U4055BA	6-14-13			IM LD RD