

# Condado de Sacramento - Programa de Vacunas

## Formulario de preguntas y permiso para la vacuna del Tdap

**NOTA:** Si su hijo(a) fué vacunado(a) con el Tdap después de los 7 años de edad, no hay necesidad de que le den otra vacuna. Simplemente lleve el comprobante de la vacuna a la escuela que su hijo(a) atiende.

Por favor, lea detalladamente lo siguiente antes de firmar

Para que usted o su hijo(a) pueda ser elegible para recibir la vacuna del Tdap, **usted debe leer, contestar todas las preguntas y firmar esta forma dando su consentimiento.** Sus respuestas a las preguntas abajo mencionadas determinarán si usted o su hijo(a) podrán recibir la vacuna del Tdap. Por favor lea también la información sobre la Declaración Informativa Sobre la Vacuna Tdap, que le sea provista.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ GÉNERO: Masculino o Femenino

TEL.: ( ) \_\_\_\_\_ DOMICILIO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA ESCUELA: \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL MAESTRO(A): \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_

Por favor conteste **cada una** de estas preguntas circulando **Sí o No**

|   |    |    |
|---|----|----|
| 1) ¿Tiene la persona alergias a alguna medicina, comida, plásticos como el latex o algún otro material?   | Sí | No |
| 2) ¿Ha tenido la person reacciones malas al darle alguna vacuna en el pasado?<br>Si contestó que sí, por favor explique: _____                                | Sí | No |
| 3) ¿Ha tenido la persona varios ataques de epilepsia después de 7 días de haberle dado la vacuna del DTP o DTaP y no sabe por que le estan dando los ataques? | Sí | No |
| 4) ¿Sufre la persona de ataques de epilepsia regularmente?  | Sí | No |
| 5) ?Tiene la persona alguna condición médica por la cual esta bajo cuidado médico?<br>Si contestó que sí, por favor, explique: _____                          | Sí | No |

Me han dado una copia sobre la información de la vacuna del Tdap (Tdap/Td VIS, 11/18/08). (Declaración Informativa de la Vacunas, 8/10/10). Yo entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna arriba mencionada y pido que la administren a mí o a la persona cuyo nombre está indicado arriba, y por la cual yo doy el consentimiento.

Firma

Su Nombre en Letra de molde

Fecha

### Información sobre los padres – Favor de escribir claramente

Nombre completo de la madre: \_\_\_\_\_

Nombre completo del padre: \_\_\_\_\_

**SOBRE LAS PERSONAS MENORES DE 18 AÑOS SOLAMENTE. Favor de contestar las siguientes preguntas para nuestros archivos.**

|  | Sí | No |
|--|----|----|
| ¿Es su hijo(a) Indio Americano o Nativo de Alaska?   |    |    |
| ¿Tiene su hijo(a) aseguranza de salud médica por medio del programa de CHDP o Medi-Cal?        |    |    |
| ¿Tiene su hijo(a) aseguranza de salud médica privada?  |    |    |
| ¿Tiene su hijo(a) aseguranza de salud médica por medio del programa de salud Healthy Families? |    |    |

| Date: | Vaccine / Mfg: | Lot # | Exp. Date: | Screening MD/RN/LVN | IZ Given By: | Route/ Site |
|-------|----------------|-------|------------|---------------------|--------------|-------------|
|       | Tdap<br>0.5 mL |       |            |                     |              | IM<br>LD RD |