

Información sobre la Clínica de Vacunación en la Escuela Vacuna contra la Varicela para 6° grado

Estimados Padres y Tutores:

Su escuela primaria y el Departamento de Salud de Weber-Morgan se complacen en anunciar que están trabajando juntos para ofrecer una clínica de vacunación en la escuela de su hijo. Se ofrecerá la vacuna contra la gripe y las vacunas obligatorias para 7° grado. Se exige que todos los alumnos que entren a 7° grado el próximo otoño tengan aplicadas dos dosis de la vacuna contra la Varicela. De acuerdo con el registro de vacunación de su hijo que tenemos en la escuela, su hijo debe aplicarse una segunda dosis de la vacuna contra la Varicela. Las enfermeras escolares y el personal de enfermería del departamento de salud ofrecerán estas vacunas a todos los alumnos de 6° grado de la escuela primaria de su hijo.

- **Para conocer los días y horarios de la Clínica,** consulte el calendario adjunto. También puede visitar la página web de su escuela, o visitar www.webermorganhealth.org.
- **Lea las declaraciones informativas sobre las vacunas en** www.webermorganhealth.org o llame al número 801-399-7250 para obtener una copia impresa. Allí podrá obtener respuestas a las preguntas que pueda tener acerca de esta vacuna.
- **Por favor complete ambos lados de esta forma.** También puede ir al sitio web de la escuela, o ir a www.webermorganhealth.org e imprimir los formularios.
- **Envíe el formulario completo de regreso a la escuela el día de la clínica.**

El Departamento de Salud de Weber-Morgan puede facturar a las siguientes compañías de seguro médico si su hijo está cubierto por alguna de ellas:

- | | |
|--|----------------------|
| • Aetna | • Medicaid |
| • Altius | • PEHP |
| • Blue Cross Blue Shield
(Except Focal Point) | • Select Health |
| • CHIP | • TRICARE |
| • Deseret Mutual | • UMR |
| • Educators Mutual | • United Health Care |
| • GEHA | • University of Utah |

Puede escanear este Código QR
para acceder a la información en
línea.



Seleccione alguna de las siguientes opciones de pago:

- Mi hijo tiene Medicaid o CHIP.** (Toda la información debe de ser completada para que podamos facturar)
Nombre del HMO/ACO: _____ Número de Póliza: _____
****Por favor adjunte una copia de la tarjeta de Medicaid/CHIP****
- Mi hijo tiene cobertura de uno de los seguros médicos incluidos arriba.**
(Toda la información debe ser completada para que podamos enviar la factura a su seguro médico)
Nombre del Seguro: _____ Número de Póliza: _____
Nombre del Titular de la Póliza: _____ Fecha de nacimiento del Titular de la Póliza: _____
****Por favor adjunte una copia de la tarjeta del seguro****
- Mi hijo no tiene seguro médico.** Por favor, adjunte \$15.*
- Mi hijo tiene seguro médico, pero no cubre las vacunas.** Por favor, adjunte \$15.*
- Mi hijo tiene seguro médico que cubre las vacunas pero no está en la lista incluida en este formulario.**
Por favor, adjunte \$131.*
 Marque este casillero si le gustaría que le enviemos un recibo detallado para presentar a su seguro médico.

Se aceptan pagos en efectivo y con cheque. Por favor, haga los cheques a la orden de "WMHD".

* Si se selecciona esta forma de pago, es necesario enviar el pago junto con el formulario de consentimiento el día de la clínica.

Se debe completar la información de pago en el frente de este formulario.

DEPARTAMENTO DE SALUD DE WEBER-MORGAN Formulario de consentimiento para 6º grado (solo para Varicela)

Complete la siguiente información sobre la persona que recibirá la vacuna.

Nombre legal: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono: _____ Número de teléfono celular: _____

Raza: _____ Etnicidad: _____ Sexo: _____ Nombre del Escuela: _____

Apellido de soltera de la madre: _____

He leído, o me han explicado, la información contenida en la Declaración Informativa sobre la Vacuna para la persona que recibe la vacuna. Entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna y solicito que la vacuna me sea aplicada, o le sea aplicada a la persona por quien estoy autorizado a presentar esta solicitud. Acepto que esta información pueda ser compartida con escuelas, guarderías infantiles, profesionales de la salud y otras personas cuando sea médicamente necesario. Entiendo que es mi responsabilidad conocer la cobertura de mi plan de seguro médico y acepto pagar la parte no cubierta por mi seguro. Entiendo que si el Departamento de Salud de Weber-Morgan no tiene contrato con mi seguro médico, o si mi seguro médico se niega a pagar, soy responsable por todos los gastos incurridos. Por la presente se me notifica de que el Aviso sobre las Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud de Weber-Morgan y las Declaraciones Informativas sobre las Vacunas están disponibles en su página web www.webermorganhealth.org y he tenido la oportunidad de formular preguntas sobre cómo será utilizada mi información de salud pública.

La persona que recibe la vacuna:

1. ¿Estuvo enferma durante la última semana de algo más serio que un resfrío? No Sí
2. ¿Recibió algún medicamento antivírico durante las últimas 48 horas? No Sí
3. ¿Ha tenido alguna reacción grave a alguna vacuna anteriormente? No Sí
4. ¿Ha recibido alguna vacuna durante el último mes? No Sí
5. ¿Ha tenido alguna alergia importante a algún alimento o medicamento? No Sí
Si contestó Sí, por favor enumere: _____
6. ¿Ha estado recibiendo quimioterapia/radioterapia, drogas para anticáncer o medicamentos con esteroides en los últimos 3 meses? No Sí
7. ¿Había recibido (gamma globulina) o transfusiones de sangre en el último año? No Sí
8. ¿Tiene cáncer, leucemia, SIDA, o cualquier otro problema del sistema inmunitario?
Si contestó Sí, por favor enumere: _____ No Sí
9. Quiero que hoy mi hijo reciba la vacuna contra la Varicela. No Sí

Firma del Padre/Tutor: _____

*** El siguiente espacio es para uso exclusivo de la oficina ***

The Stock Used is: VFC Weber

Vaccine Given:

Varivax _____ 0.5 cc

Site:

L R SQ Arm

Date: _____

Nurse's Initials: _____

Notes: _____