

Información sobre la Clínica de Vacunación en la Escuela Solo para 6° grado

Estimados Padres y Tutores:

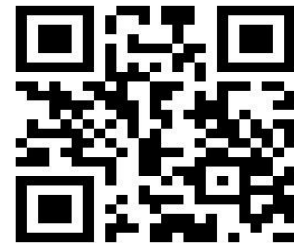
Su escuela primaria y el Departamento de Salud de Weber-Morgan se complacen en anunciar que están trabajando juntos para ofrecer una clínica para aplicar las vacunas contra gripe, Tdap, VPH y antimeningocócica en la escuela de su hijo. Se recomienda que todos los niños mayores de 6 meses reciban una vacuna contra la gripe anualmente para prevenir la enfermedad y las hospitalizaciones. Las vacunas Tdap, VPH y antimeningocócica son recomendadas para todos los alumnos que entran al grado 7°. 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. Los padres y los hermanos están invitados a presentarse junto al alumno y podrán recibir vacunas en el mismo momento.

- **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 estas vacunas.
- **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 (EMI) | • 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 de 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 los siguientes montos: Gripe \$20, Tdap \$20, VPH \$20, Antimeningocócica \$20.*
- Mi hijo tiene seguro médico, pero no cubre las vacunas.** Por favor, adjunte los siguientes montos: Gripe \$30, Tdap \$20, VPH \$20, Antimeningocócica \$20.*
- Mi hijo tiene seguro médico que cubre las vacunas pero no está en la lista incluida en este formulario.**
Por favor, adjunte los siguientes montos: Gripe \$30, Tdap \$55, VPH \$206, y Antimeningocócica \$121.*
 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 6° grado

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 las Declaraciones Informativas sobre las Vacunas para la persona que recibe la(s) vacuna(s). Entiendo los beneficios y los riesgos de la(s) vacuna(s) y solicito que la(s) vacuna(s) me sea(n) aplicada(s), o le sea(n) aplicada(s) 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. ¿Ha tenido alguna reacción grave a alguna vacuna anteriormente? No Sí
3. ¿Ha estado paralizada debido al Síndrome de Guillain-Barre? No Sí
4. ¿Ha tenido alguna alergia contra algún alimento o medicamento? No Sí

Si contestó Sí, por favor enumere: _____

5. ¿Ha tenido convulsiones o problemas con los nervios o cerebro? No Sí
6. Me gustaría que mi hijo reciba la vacuna contra la Gripe. (Flu) No Sí
7. Me gustaría que mi hijo reciba la vacuna Tdap. No Sí
8. Me gustaría que mi hijo reciba la vacuna de VPH. (HPV) No Si
9. Me gustaría que mi hijo reciba la vacuna antimeningocócica. (MCV4) No Sí

Firma del Padre/Tutor: _____

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

The Stock Used is: VFC Weber

Vaccine(s) Given:

- Flu _____ 0.5 cc 0.25cc
 Tdap _____ 0.5 cc
 Meningococcal _____ 0.5cc
 HPV _____ 0.5 cc

Site:

- L R Del
 L R Del
 L R Del
 L R Del

Date: _____

Nurse's Initials: _____

Notes: _____