

AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR LA VACUNA PARA Tétanos-Difteria-Tos Ferina Acelular (Tdap)

La información recabada en este formulario se utilizará para documentar la autorización para recibir la vacuna Tdap en la escuela de su hijo. La información puede compartirse mediante el Registro de Vacunación del Estado de Wisconsin (WIR) con otros proveedores de atención de la salud que estén directamente involucrados con su hijo para asegurar que se complete el esquema de vacunación.

Al firmar a continuación autorizo a que mi hijo reciba la(s) siguiente(s) vacuna(s):
(Marque todo lo que corresponda):



Vacuna contra tétanos, difteria, pertusis acelular (Tdap) (Se requiere 1 dosis)

Nombre del paciente (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Nombre de soltera de la madre (Apellido, nombre, Inicial del segundo nombre)
--	--

Dirección	Casilla de correo	Ciudad	Condado	Estado	Código postal
-----------	-------------------	--------	---------	--------	---------------

Teléfono particular ()	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
-------------------------	----------------------------------	--

Raza (Marque una) <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano / del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra	Origen étnico (Marque una) <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o no latino
---	--

Elegibilidad - Debe completar esta sección. (Marque todo lo que corresponda)

<input type="checkbox"/> Indio americano	<input type="checkbox"/> Badger Care	<input type="checkbox"/> Asegurado, vacunas cubiertas
<input type="checkbox"/> Elegible para Medicaid	<input type="checkbox"/> Sin seguro médico	<input type="checkbox"/> Asegurado, vacunas no cubiertas

Nombre del médico	Nombre de la escuela	Grado
-------------------	----------------------	-------

Nombre del padre o tutor responsable del paciente (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Relación con el paciente
--	--------------------------

¿Acepta que se compartan datos de vacunación con el Registro de Vacunación del Estado de Wisconsin (WIR)?
 Sí No

Se me ha dado una copia y he leído o se me ha explicado información sobre la(s) enfermedad(es) y vacuna(s) a ser recibida(s). He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y los riesgos de la(s) vacuna(s) solicitada(s) y pido que me den la(s) vacuna(s) a mí o a la persona arriba mencionada para quien estoy autorizado a pedirla(s).

El Medicaid del Estado de Wisconsin restringe que se facture ningún servicio cubierto a los beneficiarios. Entiendo que si soy un beneficiario de Medicaid o BadgerCare no se me puede cobrar una tarifa ni se me puede pedir ningún tipo de donación por la administración de ninguna vacuna que se proporcione.

FIRMA – Persona que recibirá la vacuna o persona autorizada a firmar en nombre del paciente. X	Fecha de la firma
---	-------------------

FOR OFFICE USE

Tdap: route= IM site (circle one) RD or LD dose number= 1

Manufacturer _____ Lot No. _____ VIS date _____

Signature and title of person administering vaccine: _____ Date vaccine administered: _____

LHD clinic address: _____