



Kings County Department of Public Health

330 Campus Drive, Hanford, CA 93230

Consentimiento para Inmunizaciones (Vacunas)

Estimados Padres:

El Departamento de Salud Pública del Condado de Kings está patrocinando un programa de vacunación para estudiantes adolescentes en la escuela de su hijo(a). Muchas de las vacunas son nuevas y ahora son recomendadas por la Academia Americana de Pediatras para los niños de este grupo de edad. Estas vacunas las estamos ofreciendo gratis sin cargo para usted para estudiantes con Medi-Cal completo o \$10 para todos los estudiantes sin Medi-Cal.

Por favor revise cuidadosamente la información de las vacunas incluida en este sitio electrónico <http://www.countyofkings.com/Health/index.html>. Si usted desea que su hijo(a) reciba estas vacunas, marque las áreas indicadas abajo. Si usted no desea que su hijo(a) reciba estas vacunas marque el # 3. Firme y ponga la fecha en el área indicada en esta forma de consentimiento y regrese a la escuela.

Si usted tiene preguntas, por favor llame al Departamento de Salud al 584-1401 Ext. 4523 o al 1-800-649-5399.

Padres o tutores favor de proveer la siguiente información acerca del estudiante que va a recibir la(s) vacuna(s).

(Por favor llene los espacios)

Nombre de el/ella Estudiante Apellido _____ Nombre _____		Domicilio _____		
Fecha de Nacimiento _____	Sexo (ponga uno en círculo) Masculino Femenino	Ciudad _____	Área Postal _____	Teléfono _____
Origen Étnico (Marque uno) <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> México Amer/Hispanico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Islas Pacificas <input type="checkbox"/> Afro-Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Otro _____		Padre / Tutor Apellido _____ Nombre _____		
		Alergias o problemas que su hijo(a) haya tenido con vacunas anteriores. _____ _____		
Por favor indica si tu hijo(a) tiene: <input type="checkbox"/> ¿Medi-Cal? <input type="checkbox"/> ¿Aseguranza / Healthy Families? <input type="checkbox"/> ¿No cobertura?				

1 Yo solicito que mi hijo (a) reciba todas las vacunas necesarias/recomendadas basándose en su registro actual de vacunas .

2 Yo solicito que mi hijo(a) reciba **solamente** las siguientes vacunas :

- Meningococal (Contra la Meningitis) 1 dosis necesaria
- HPV (Virus Papiloma Humano) series de 3 dosis
- Tétanos, Difteria y Tos Ferina: 1 dosis necesaria
- Varicela (Chickenpox): 1 dosis necesaria

La vacuna HPV es una serie de 3 dosis. Por favor haga seguimiento con su medico personal para la segunda y tercera dosis. O usted puede ir a cualquiera de las clinicas de Vacunas del Departamento de Salud de horario regular. Usted podria recibir una tarjeta de recordatorio para completar las series y asegurar inmunidad completa.

3 Yo **no** deseo en este tiempo que mi hijo(a) reciba ninguna de estas vacunas.

He leído la información contenida en este paquete de declaración informativa concerniente a estas vacunas y enfermedades. Tuve oportunidad de hacer preguntas y estas fueron contestadas a mi satisfacción. Yo creo y entiendo los beneficios y los riesgos de la(s) vacuna(s) indicadas arriba. Al firmar este documento yo pido y autorizo que mi hijo(a) reciba la(s) vacuna(s) indicadas arriba. Yo certifico que tengo autorización legal para decidir por el/la estudiante mencionado(a) arriba.

Firma del Padre / Guardián _____

Fecha _____

Para promover la salud física, mental, social y ambiental de la gente en Kings County