

**Permiso de vacunación
Iniciativa de inmunización MCV del sitio escolar del onceavo**

*Por favor complete ambos lados de este formulario y devuélvalo
a la escuela de su hijo(a) antes del 29 de marzo del 2021.*

AUTORIZACIÓN DE VACUNACIÓN

- Si, yo doy permiso para que mi hijo(a) reciba la vacuna conjugada contra el meningococo (MCV de las siglas en inglés) como se indica en la escuela. Yo he leído la información sobre la vacuna MCV y me han sido respondido mis preguntas.

Firma del padre o guardián

Fecha

INFORMACION SOBRE EL NIÑO(A)

Nombre:		Fecha de Nacimiento:	
Raza:	Sexo:	Maestro:	
Nombre del padre/tutor:		Teléfono:	
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	ZIP:	

- El niño es alérgico a: _____

ESTADO PREVIO DE LAS VACUNAS MCV/TDAP

- El niño tiene YA la vacuna conjugada contra el meningococo. **(MCV)**.

Si marco una de las respuestas anteriores, por favor entregue la cartilla de vacunas con este formulario.

INFORMACION DEL COSTO DE LA VACUNA Y EL COBRO

Solo la vacuna MCV cuesta \$135.

Los niños que no tienen seguro, Medicaid, o Health Choice reciben estas vacunas sin costo. Muchas compañías privadas de seguros cubren el costo 100%.

Si su niño tiene seguro con Blue Cross Blue Shield o Cigna nosotros podemos llenar el reclamo en su favor por las vacunas de su niño. **Su firma arriba autoriza a Transylvania Public Health a dar la información necesaria para el proceso de cualquier reclamo para pago. Usted recibirá una factura por la cantidad no cubierta por el seguro.**

Si usted tiene una compañía de seguro diferente, nosotros aceptaremos pago por medio de cheque hecho a Transylvania Public Health o contactándonos al 828-884-3135 y preguntando por arreglo de pre-pago de las vacunas MCV. Le daremos a usted un recibo para su reclamo de reembolso con su compañía de seguros.

(atrás)

FONDO FEDERAL/INFORMACION DE SEGURO

Nota: Esta información se necesita para el cobro del seguro y para propósitos de fondos federales. No impide a su niño de recibir las vacunas con este programa y no será compartida con nadie.

Este niño es Indo Americano o nativo de Alaska.

Este niño está cubierto con el siguiente seguro: **(esta información es muy importante para propósitos de cobro)**

No seguro / no cobertura médica

Tiene cobertura Medicaid : identificación del destinatario _____ - _____ - _____

Tiene North Carolina Health Choice para seguro de niños: Policy # _____

Seguro privado: Nombre de la compañía _____

Nombre del suscriptor _____ Miembro (niño) # ____ (01, etc.)

Identificación del suscriptor _____ Fecha de nacimiento _____

CONOCIMIENTO DE RECIBIR EL AVISO DE PRIVACIDAD

Firmando este formulario, yo doy conocimiento de que el Condado de Transylvania le ha dado a usted una copia del Aviso de Privacidad el cual explica como su información de salud será manejada en varias situaciones. Debemos tratar que usted firme este formulario en el primer día de servicio con nosotros después del 14 de abril del 2013. Esto incluye la situación donde su primer día de servicio ocurre electrónicamente. Si su primer día de servicio ocurre durante una emergencia debemos tratar de darle este aviso y tener su firma de recibir este aviso de conocimiento tan pronto como podamos después de la emergencia.

Marque todo lo que es cierto y firme abajo:

- Yo he recibido el aviso de privacidad del Condado de Transylvania.
- Yo he tenido la oportunidad de discutir mis inquietudes y preguntas sobre la privacidad de la información de salud.

Firma del paciente (Padre-tutor si el paciente es menor de 18)

Fecha

(Para uso oficial)

El personal del Condado de Transylvania County debe completar lo siguiente si el formulario de conocimiento no está firmada:

- ¿Tiene el paciente una copia de aviso de privacidad?
 Si No
- Por favor explique porqué el paciente no firmó el formulario de conocimiento y los esfuerzos hechos para obtener la firma:

Para sólo el departamento de salud local: El formulario de consentimiento debe ser presentado con el niño en el momento de la vacunación para verificar que el padre da el consentimiento y la documentación necesaria.

Día de la vacuna	Tipo de Vacuna	Lugar/ Ruta	Mfr./ Lot #	Día VIS Impresa	Día VIS Dada	Firma de la enfermera
	MCV	L R Deltoid/ IM		8/24/18	3/17/21	

Checked NCIR: YES NO