

**PERMISO DE VACUNACIÓN**  
**Iniciativa de vacunación MCV de onceavo grado del sitio escolar**

Por favor complete ambos lados de este formulario y devuélvalo a la escuela de su hijo(a) antes del 22 de marzo del 2024.

**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.

**INFORMACION SOBRE EL NIÑO(A)**

Nombre legal del niño:		Fecha de nacimiento:	
Años:	Sexo:	Raza:	Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispanos
Escuela:		Grado:	Teacher:
Dirección:			
Ciudad:		Estado:	ZIP:
Teléfono:			
Nombre del madre:		Nombre del padre:	
Guardián (si es menor de 18): Nombre del contacto de emergencia:		Relación con este niño: Teléfono de contacto de emergencia:	

- El niño es alérgico a: \_\_\_\_\_

**CONOCIMIENTO DE RECIBIR EL AVISO DE PRIVACIDAD**

Se debe adjuntar a este formulario una copia del aviso de privacidad de Transylvania Public Health. Al firmar a continuación, reconoce que el condado de Transylvania le ha entregado una copia de su Aviso de privacidad, que explica cómo se manejará su información de salud en diversas situaciones. Debemos intentar que firme este formulario en su primera fecha de servicio con nosotros después del 14 de abril de 2003. Esto incluye la situación en la que su primera fecha de servicio ocurrió electrónicamente. Si su primera fecha de servicio con nosotros se debió a una emergencia, debemos tratar de darle este aviso y obtener su firma acusando recibo de este aviso tan pronto como podamos después de la emergencia.

**Inicialice todas las que sean verdaderas:**

- \_\_\_\_\_ 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 DE AUTORIZACIÓN**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (Padre/tutor si el paciente es menor de 18)

\_\_\_\_\_  
Fecha

(por favor complete ambos lados)

## INFORMACION DEL COSTO DE LA VACUNA Y EL COBRO

**La vacuna MCV cuesta \$147.** Los niños que no tienen seguro, Medicaid, o Health Choice reciben esta vacuna sin costo. Muchas compañías de seguros privadas cubren las vacunas al 100%.

Si su niño tiene cobertura de seguro a través de Blue Cross Blue Shield o Cigna, podemos presentar un reclamo en su nombre para esta vacuna. **Su firma autoriza a Transylvania Public Health a divulgar la información necesaria para el procesamiento de cualquier reclamo de pago. Recibirá una factura por el importe no cubierto por el seguro.**

Si tiene una compañía de seguros privada diferente, aceptaremos el pago mediante cheque a nombre de Transylvania Public Health o comunicándose con nosotros al 828-884-3135 y solicitando el pago anticipado de la vacuna escolar MCV. El pago debe recibirse antes de que se pueda administrar la vacuna a su hijo. Le proporcionaremos un recibo para que pueda reclamar el reembolso de su compañía de seguros. *Tenga en cuenta que otras compañías de seguros consideran que Transylvania Public Health es un proveedor fuera de la red.*

- Este niño es Indo Americano o nativo de Alaska. *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 está cubierto con el siguiente seguro:** *(esta información es muy importante para propósitos de cobro)*

- No seguro / no cobertura médica
- Medicaid                    identificación del destinatario \_\_\_\_\_  
 Nombre de la compañía:     Healthy Blue  
     United Healthcare  
     Amerihealth Caritas  
     Medicaid regular
- NC Health Choice        Policy # \_\_\_\_\_
- Blue Cross Blue Shield    Nombre del suscriptor \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Identificación del suscriptor \_\_\_\_\_ Miembro (niño) # \_\_\_\_ (01, 02, etc.)
- Cigna                            Nombre del suscriptor \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Identificación del suscriptor \_\_\_\_\_
- Otros seguros                Pague con cheque o llame al 828-884-3135 para programar el pago con tarjeta.  
*Haga el cheque a nombre de Transylvania Public Health: MCV es de \$147.*

### Para uso oficial:

**Transylvania County staff should complete if ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF PRIVACY NOTICE is not signed:**

Does patient have a copy of the Privacy Notice?

- Yes                     No

Please explain why the patient was unable to sign an ACKNOWLEDGEMENT form and Transylvania County's efforts in trying to obtain the patient's signature:

**CONSENT FORM SHOULD BE PRESENT WITH THE CHILD AT THE TIME OF VACCINATION FOR VERIFICATION OF PARENTAL CONSENT AND ACCURATE DOCUMENTATION.**

Does this child currently have a fever with a temperature above 100 F?                     Yes                     No

Date Vaccine Given	Type of Vaccine	Site/Route	Mfr./ Lot #	Date VIS Printed	Date VIS Given	Nurse Signature
	MCV	L R Deltoid/IM		8/6/21	3/14/24	

Checked NCIR:  Yes     No