

PERMISO DE VACUNACIÓN
Iniciativa de vacunación MCV/Tdap de sexto grado del sitio escolar

Por favor complete ambos lados de este formulario y devuélvalo a la escuela de su hijo(a) antes del 1 de abril del 2025.

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.
- ☐ Si, yo doy permiso para que mi hijo(a) reciba la vacuna Tdap como se indica en la escuela. Yo he leído la información sobre la vacuna Tdap y me han sido respondidas 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: _____

¿Este niño ha tenido alguna reacción grave a alguna vacuna en el pasado? ☐ Si ☐ No

¿Este niño, un hermano o un padre ha tenido alguna vez una convulsión? ☐ Si ☐ No

¿Este niño ha tenido algún problema cerebral u otro problema del sistema nervioso? ☐ Si ☐ No

CONOCIMIENTO DE RECIBIR EL AVISO DE PRIVACIDAD

El aviso de privacidad de Transylvania Public Health está disponible en transylvaniapublichealth.org/stayontrack. Su firma a continuación reconoce que le hemos entregado una copia de nuestro 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.

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

Solo la vacuna MCV cuesta \$147. Solo la vacuna Tdap cuesta \$64. Las vacunas MCV y Tdap cuestan \$200 si se administran el mismo día.

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 cobertura de seguro a través de Aetna, Blue Cross Blue Shield o Cigna, podemos presentar un reclamo en su nombre para estas vacunas. **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/Tdap. El pago debe recibirse antes de que se pueda administrar la(s) vacuna(s) 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 # _____
- ☐ Aetna Nombre del suscriptor _____ Fecha de nacimiento _____
Identificación del suscriptor _____
- ☐ 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 solo es de \$147; Tdap solo cuesta \$64; MCV y Tdap cuestan \$200.*

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	3/25/25	
	Tdap	L R Deltoid/IM		8/6/21	3/25/25	

Checked NCIR: ☐ Yes ☐ No