

Lo que necesita saber

La clínica escolar de Minneapolis (administrado por el Departamento de Salud de Minneapolis) mantiene este archivo médico de su estudiante. Se mantiene esta información para prevenir enfermedades mediante el control de las vacunas necesarias. Si información personal está pedida y no proveída, servicios de vacunas pueden ser negadas. Esta información es privada y sólo se puede compartirla con el Departamento de Salud de Minnesota, profesionales licenciados de atención de la salud como médicos, enfermeras, aseguradores médicos, agencias de salud pública del condado, agencias de acción comunitaria o establecimientos de atención de la salud como hospitales para el propósito de evaluar y/o proveer servicios de vacunación o para ayudar la registración futura en una escuela o universidad. Sus registros de vacunación se entregarán a Minnesota Immunization Information Connection (MIIC), un registro estatal, para este propósito.

Administración de Vacunas

Muchas vacunas requieren dos (2), tres (3), cuatro (4) o cinco (5) dosis para brindar una protección completa. Éstas incluyen: **Td** (tétanos y difteria); **Tdap** (tétanos, difteria y tos ferina); **IPV** (antipoliomielítica); **MMR** (sarampión, paperas y rubeola); **Hep B** (hepatitis B); **MCV4** (antimeningocócica); **VPH** (el virus del papiloma humano); **Hep A** (hepatitis A); **MenB** (antimeningocócica B); **COVID** (coronavirus), **Varicella** (varicella).

Las vacuna(s) recomendadas para su estudiante a darse:

Hep A: 1 2 Hep B: 1 2 3 HPV: 1 2 3 Influenza (Gripe): 1 2 3 4
 MCV4: 1 2 MMR: 1 2 Td: 1 2 3 B Tdap: 1 2 3 B Men B: 1 2
 Varicella: 1 2 COVID: 1

Al firmar, usted reconoce lo siguiente:

He recibido y he leído o me han explicado la(s) hoja(s) de información sobre las vacuna(s) y enfermedad(es) indicadas anteriormente. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Pienso que entiendo los beneficios y los riesgos de las vacunas indicadas y pido que den la(s) vacuna(s) indicadas a mí o a la persona nombrada abajo. Si la persona nombrada abajo es menor de edad, aseguro que soy el padre o la madre del niño, un representante autorizado o guardián legal y puedo dar consentimiento médico para la vacunación.

Nombre del estudiante (en letra de imprenta)

Firma del estudiante (si es mayor de 18 años)

Fecha

Nombre del padre, madre o guardián

Teléfono

Firma del padre, made or guardián

Fecha

Las hojas de información sobre vacunas estan disponibles en español. Visite:

http://www.immunize.org/vis/vis_spanish.asp

Contraindicaciones para vacunación

Está enfermo/a hoy o tiene fiebre >101 Sí No Reacción seria a una vacuna en el pasado Sí No

IPV

Estudiante ha tenido un embarazo Sí No Alergia a neomycina, streptomycina, polymyxina B Sí No

MMR & Varicella

Alergia a la gelatina Sí No Alergia a neomycina Sí No

Está embarazada Sí No *No debes estar embarazada ahora y no debe quedar embarazada durante cuatro semanas. Si tiene relaciones sexuales, use un método anticonceptivo eficaz.*

Inmunosupresión del estudiante Sí No

Hepatitis B

Alergia a la levadura de panadería Sí No

Influenza (Gripe)

Esta es mi primera vacuna contra la gripe Sí No

Alergia a huevos, pollo, Timerosal, gentamicina, arginina, o algún componente de la vacuna Sí No

Tengo fiebre hoy Sí No

Tiene síndrome de Guillain-Barre Sí No

Tomo un medicamento anticoagulante Sí No Nombre de medicamento: _____

Tdap

Alergia al látex Sí No

Tiene historia de epilepsia, convulsiones, problemas del cerebro o algún otro problema del sistema nervioso Sí No

Tiene síndrome de Guillain-Barre Sí No