



# County of Fairfax, Virginia

To protect and enrich the quality of life for the people, neighborhoods, and diverse communities of Fairfax County

## **FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA VACUNACIÓN DE ADOLESCENTES**

(Tdap y Td (tétanos, difteria y tos ferina)/, VPH y antimeningocócica ACWY)

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido    Nombre    Segundo nombre

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Si es menor de edad, nombre del padre, la madre o el/la tutor/a: \_\_\_\_\_  
Apellido                          Nombre                          Inicial del segundo nombre

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE:** Teléfono del padre, la madre o el/la tutor/a: Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono de la persona de contacto: \_\_\_\_\_  
*(Completar si este contacto no es la persona jefa de hogar)*

**Mi hijo/a habrá cumplido los 11 años de edad para la fecha prevista de la jornada de vacunación:**    **SÍ**     **NO**

Marque **SÍ**, **NO** o **NO SÉ** en respuesta a las siguientes preguntas que permiten determinar si su hijo/a puede recibir las vacunas que se ofrecen en la escuela. En la jornada de vacunación, el personal de enfermería revisará esta información antes de administrar las vacunas.

	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>NO SÉ</b>
¿Su hijo/a alguna vez tuvo una reacción alérgica grave a algún medicamento, alimento componente de una vacuna, a la levadura o al látex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su hijo/a alguna vez tuvo una reacción grave al recibir una dosis de la vacuna Tdap/Td, la vacuna contra el VPH o la vacuna antimeningocócica anteriormente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su hijo/a entró en estado de coma o de disminución de la conciencia, o tuvo convulsiones en episodios reiterados o prolongados dentro de los 7 (siete) días después de recibir una dosis de la vacuna DTP, DTaP o Tdap/Td (tétanos, difteria y tos ferina)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su hijo/a tiene antecedentes de convulsiones u otro problema del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su hijo/a presentó hinchazón o erupción localizada grave después de recibir una dosis de las vacunas DTP, DTaP, Tdap, DT o TD anteriormente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su hijo/a alguna vez presentó el síndrome de Guillain-Barré? <b>Si fue así, consulte al médico si es adecuado que reciba la vacuna Tdap. (Se le podrá solicitar que presente un certificado en la escuela).</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durante el último año, ¿su hijo/a recibió tratamiento con inmunoglobulina (gammaglobulina), sangre o productos hemoderivados o medicamentos antivirales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su hijo/a tiene una enfermedad del sistema inmunitario, como cáncer, leucemia o VIH/sida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En los últimos 6 meses, ¿su hijo/a tomó medicamentos que afectan el sistema inmunitario, como prednisona u otros esteroides, medicamentos para el cáncer o para tratar la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis, o recibió tratamiento radiológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su hijo/a se vacunó en las últimas 4 semanas? Si fue así, ¿qué vacuna/s recibió? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su hijo/a está cursando un embarazo? <b>Si es así, no se le administrará la vacuna contra el VPH, pero sí podrá recibir las demás.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su hijo/a alguna vez se mareó o se desmayó al recibir una inyección?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿A su hijo/a le causan ansiedad las inyecciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



# County of Fairfax, Virginia

To protect and enrich the quality of life for the people, neighborhoods, and diverse communities of Fairfax County

## INFORMACIÓN DEL SEGURO

**Nota:** Las vacunas se administrarán sin cargo si su hijo/a es admisible al Programa de Vacunas para Niños (VFC).

**\*Seguro\*:** Complete la siguiente sección; debemos obtener esta información para la financiación federal de las vacunas del VFC.

- Mi hijo/a:**
- No tiene seguro** (no tiene cobertura de un seguro privado, Medicaid, una MCO [organización de atención administrada] de Medicaid o un plan de FAMIS [Acceso Familiar a la Garantía de Seguro Médico]).
  - Es indígena estadounidense o nativo/a de Alaska.
  - Tiene cobertura de una MCO de Medicaid a través del plan (marque el suyo):** Sentara Community Care, Anthem HealthKeepers Plus, Molina Healthcare, United Healthcare Community Plan o Aetna Better Health.  
N.º de id. de miembro (como figura en su tarjeta): \_\_\_\_\_ **¿Es un plan de FAMIS?**  Sí  No
  - Tiene cobertura de **(marque uno) Medicaid o FAMIS**, pero no a través de un plan de MCO:  
**Medicaid n.º** \_\_\_\_\_
  - Tiene cobertura de otro seguro que no se menciona antes.

Autorizo al Fairfax County Health Department (Departamento de Salud del Condado de Fairfax [FCHD]) a divulgar la información que sea necesaria para respaldar la solicitud de pago presentada a Medicare, Medicaid y otros programas de beneficios de atención médica. Solicito al tercero pagador que pague los beneficios autorizados al FCHD en mi nombre.

\_\_\_\_\_  
**Firma del/de la cliente, el padre, la madre, el/la tutor/a legal o la persona que actúa en lugar de los padres**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de firma**

**PERMISO PARA DIVULGAR LOS REGISTROS DE VACUNACIÓN DE ESTUDIANTES EN EDAD ESCOLAR. Autorizo al Departamento de Salud del Condado de Fairfax (FCHD) para que divulgue el registro de vacunación de mi hijo/a a los sistemas escolares con la finalidad expresa de satisfacer los requisitos para el ingreso a la escuela.**

\_\_\_\_\_  
**Firma del/de la cliente, el padre, la madre, el/la tutor/a legal o la persona que actúa en lugar de los padres**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de firma**

## **AVISO DE CONSENTIMIENTO PRESUNTO PARA LAS PRUEBAS DE VIH Y HEPATITIS B O C**

Conforme a los Artículos 32.1 a 45.1 del Código de Virginia (1950), en su forma enmendada, el FCHD tiene la obligación de darle el siguiente aviso:

1. Si un profesional de la salud, trabajador o empleado del FCHD entra en contacto directo con la sangre o los líquidos corporales de un estudiante de una manera tal que podría exponerse al contagio de una enfermedad, se analizará la sangre del estudiante para detectar la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y por hepatitis B y C. Un médico u otro proveedor de atención de la salud informará el resultado de estas pruebas. En virtud de los artículos 32.1 a 45.1 del Código de Virginia, se presume que está dado el consentimiento para la comunicación del resultado de las pruebas a la persona expuesta.
2. Si un estudiante entra en contacto directo con la sangre o los líquidos corporales de un profesional de la salud, trabajador o empleado del FCHD de una manera tal que podría exponerse al contagio de una enfermedad, se analizará la sangre de esa persona para detectar la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (el virus del sida) y por hepatitis B y C. Un médico u otro proveedor de atención de la salud informará el resultado de estas pruebas.

## **CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA TDAP/Td, LA VACUNA CONTRA**



# County of Fairfax, Virginia

To protect and enrich the quality of life for the people, neighborhoods, and diverse communities of Fairfax County

## EL VPH Y LA VACUNA ANTIMENINGOCÓCICA ACWY

### CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LA VACUNA Tdap/Td A SU HIJO/A:

- SÍ**, leí la *Declaración de información sobre la vacuna (VIS)* de 2021 correspondiente a la vacuna Tdap/Td, comprendo los riesgos y beneficios, y otorgo mi consentimiento para que el Departamento de Salud, por medio de su personal autorizado, le administre a mi hijo/a, cuyo nombre se indica al comienzo de este formulario, la vacuna Tdap/Td por inyección.
- NO**, al marcar esta casilla, comunico mi decisión de **rechazar o posponer** la vacuna recomendada para mi hijo/a cuyo nombre se indica al comienzo de este formulario.

\_\_\_\_\_  
Firma del/de la cliente, el padre, la madre, el/la tutor/a legal o la persona  
que actúa en lugar de los padres

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma

### CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LA VACUNA MenACWY (antimeningocócica) A SU HIJO/A:

- SÍ**, leí la *Declaración de información sobre la vacuna (VIS)* de 2021 correspondiente a la vacuna MenACWY (antimeningocócica), comprendo los riesgos y beneficios, y otorgo mi consentimiento para que el Departamento de Salud, por medio de su personal autorizado, le administre a mi hijo/a, cuyo nombre se indica al comienzo de este formulario, la vacuna MenACWY (antimeningocócica) por inyección.

**Importante: Tenga en cuenta que su hijo/a recibirá una dosis antes de iniciar el 7.º grado y otra dosis antes de iniciar el 12.º grado.**

- NO**, al marcar esta casilla, comunico mi decisión de **rechazar o posponer** la vacuna MenACWY recomendada para mi hijo/a cuyo nombre se indica al comienzo de este formulario.

\_\_\_\_\_  
Firma del/de la cliente, el padre, la madre, el/la tutor/a legal o la persona  
que actúa en lugar de los padres

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma

### CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL VPH A SU HIJO/A:

- SÍ**, leí la *Declaración de información sobre la vacuna (VIS)* de 2021 correspondiente a la vacuna contra el VPH, comprendo los riesgos y beneficios, y otorgo mi consentimiento para que el Departamento de Salud, por medio de su personal autorizado, le administre a mi hijo/a, cuyo nombre se indica al comienzo de este formulario, la vacuna contra el VPH por inyección.

**Importante: Tenga en cuenta que podrían ser necesarias 2 o 3 dosis de acuerdo con la edad de su hijo/a.**

- NO**, al marcar esta casilla, comunico mi decisión de **rechazar o posponer** la vacuna contra el VPH recomendada para mi hijo/a cuyo nombre se indica al comienzo de este formulario.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, la madre, el/la tutor/a legal o la persona que actúa en lugar  
de los padres

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma



# County of Fairfax, Virginia

To protect and enrich the quality of life for the people, neighborhoods, and diverse communities of Fairfax County

## Resumen del *Aviso sobre prácticas de privacidad en virtud de la HIPAA*

El condado de Fairfax comprende la importancia de su privacidad. De acuerdo con la normativa gubernamental, las agencias del condado de Fairfax que le brinden servicios de salud tienen la obligación de proteger su historia clínica. Estos son los registros que contienen su información personal y permiten identificar su identidad. El personal de salud que le brinde atención incluirá en su historia clínica la información sobre su salud y el tratamiento que recibió mientras estuvo bajo su cuidado. Si el personal considera que usted necesita más servicios, también registrará esa información allí.

Es nuestra política mantener la seguridad de su historia clínica. Con ese fin, nos regimos por las leyes más estrictas para proteger su información de salud. Aquí se describen los derechos que tiene en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA). Tenemos la obligación de informarle cómo aplicamos esta norma. En ocasiones, se hacen modificaciones en las leyes federales y estatales. En tal caso, el condado de Fairfax y sus agencias, consejos y comisiones se reservan el derecho de modificar sus políticas y prácticas de privacidad en cualquier momento. Las modificaciones se aplicarán a todos sus registros médicos de cuya seguridad seamos responsables.

### Resumen de sus derechos de privacidad:

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted al teléfono de su trabajo o de su casa. Siempre que sean razonables, intentaremos cumplir con sus solicitudes.
- Tiene derecho a solicitar una copia de su historia clínica electrónica. Puede acceder a su historia clínica o solicitarnos una copia de esta. Si consideramos que puede reaccionar mal al contenido de este documento, podemos negarnos a proporcionárselo.
- Puede acceder a los informes de laboratorio solicitándolos directamente al laboratorio que hace los análisis.
- Si paga la totalidad del costo de un servicio o artículo médico de su bolsillo, puede pedirnos que no revelemos a su seguro médico esa información en relación con el pago o nuestras operaciones con ellos. Aceptaremos su solicitud salvo que estemos obligados por ley a revelar esta información.
- Si considera que hay información incorrecta o que falta información en su historia clínica, puede solicitar la modificación que corresponda. No estamos obligados a hacerla, pero haremos lo posible por resolver sus inquietudes.
- Podría ser necesario que mostremos su historia clínica a terceros. Podríamos estar obligados por ley a revelar su información. Solo lo haremos cuando exista una razón legítima para ello. Si no desea que revelemos su información a determinadas personas, debe informarnoslo. Intentaremos respetar sus indicaciones, pero no estamos obligados a hacerlo en todos los casos.
- Puede pedirnos una lista de todas las personas a quienes les hayamos revelado su información. Esta lista no incluirá las ocasiones en que hayamos revelado su información a otro personal de la salud en relación con su tratamiento, el pago de su factura o nuestra gestión de los servicios. Tampoco incluirá aquellas oportunidades en las que nos haya autorizado a revelar su información de salud.
- Si desea conocer más sobre sus derechos y cómo podemos revelar su información, puede solicitar una copia del *Aviso sobre prácticas de privacidad* completo. Puede pedir este documento cuando lo desee. Recibirá una copia cuando le brindemos servicios de salud.
- Tiene derecho a que le informemos si tomamos conocimiento de una vulneración de su información de salud protegida no resguardada.
- Puede escribirnos por correo postal o electrónico si considera que hemos vulnerado sus derechos de privacidad. Nuestro responsable del cumplimiento de la HIPAA o el Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) del Gobierno federal pueden brindarle ayuda con su queja.

Si desea obtener más información sobre el Programa para el Cumplimiento de la HIPAA del condado de Fairfax, comuníquese por los siguientes medios:

### HIPAA Compliance Officer

12000 Government Center Parkway, Suite 527 | Fairfax, VA 22035

Teléfono: (703) 324-4136 | TTY: (703) 968-0217 | Sitio web: [www.fairfaxcounty.gov/hipaa](http://www.fairfaxcounty.gov/hipaa)

El condado de Fairfax mantiene una política de no discriminación en todos sus programas, servicios y actividades, y ofrecerá las adaptaciones razonables que se soliciten.

Marque esta casilla si desea recibir una copia del *Aviso sobre prácticas de privacidad* del Departamento de Salud del Condado de Fairfax.