



# CONSENTIMIENTO DE VACUNACIÓN ESCOLAR

El formulario debe ser llenado legible y completamente

FOR SCHOOL OFFICE USE:  
PLACE STICKER OR STAMP WITH SCHOOL ADDRESS HERE

Apellido del estudiante: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Teléfono de día: \_\_\_\_\_  
DOMICILIO CIUDAD

FDN: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Nombre soltera de la madre: \_\_\_\_\_  
MES / DÍA / AÑO NOMBRE Y APELLIDO

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Maestro(a): \_\_\_\_\_ ID# del estudiante: \_\_\_\_\_

<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indígena Americano/Alaska <input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro/Africano-Americano <input type="checkbox"/> Hawaiano /Pacific Islander <input type="checkbox"/> Otro	<b>Etnicidad:</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano	<b>Género:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
---	---	--	---

## INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO—llene la categoría apropiada—REQUERIDO

<b>Centennial Care/Medicaid</b> <input type="checkbox"/> Blue Cross Blue Shield <input type="checkbox"/> Molina Healthcare <input type="checkbox"/> United Healthcare <input type="checkbox"/> Presbyterian Centennial Care (Medicaid) # _____ ID # del miembro/Paciente /# Póliza _____	<b>Seguro privado</b> <input type="checkbox"/> Blue Cross Blue Shield <input type="checkbox"/> Presbyterian <input type="checkbox"/> United Healthcare <input type="checkbox"/> Otro seguro _____ <small>NOMBRE DE COMPAÑIA DE SEGURO</small> # grupo _____ # Póliza/ID# del miembro _____ Nombre del asegurado _____ FDN del asegurado _____
<input type="checkbox"/> <b>Mi hijo no tiene seguro médico</b>	

## CONSENTIMIENTO DE VACUNACIÓN DEL NIÑO(A) EN LA ESCUELA--REQUERIDA

He leído o se me ha explicado la información contenida en la declaración de información sobre la vacuna (VIS) para la enfermedad/es y las vacunas que he seleccionado para mi niño/a en la carta adjunta. Entiendo los beneficios y los riesgos de cada vacuna y consiento las vacunas que he seleccionado dar al niño/a arriba mencionado. Entiendo que algunas vacunas se administran en una serie durante un periodo de tiempo y que al firmar este formulario consiento a todas las vacunas incluyendo las necesarias para completar una serie. Me pondré en contacto con la enfermera/o escolar para retirar este consentimiento si mi niño/a es inmunizado/a antes de la fecha de la clínica en la escuela o por cualquier otra razón. A menos que firme una declaración que signifique lo contrario, permito que la información sobre la inmunización sea introducida en el sistema estatal de información d inmunizaciones de Nuevo México (NMSIIS) y pueda ser dada a otros proveedores de atención médica para evitar la vacunación innecesaria o para comprobar el estado de inmunización. La política revisada de privacidad de DOH está disponible en <http://nmhealth.org/help/privacy/> y se proporcionará a todos los

estudiantes cuando reciban una inmunización Firma del padre/guardián legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde del padre/guardián legal (claro y en mayúsculas): \_\_\_\_\_

## FOR CLINIC USE ONLY—THIS SECTION TO BE COMPLETED BY MEDICAL PROVIDER

VFC PIN#

<b>Vaccine</b> <input type="checkbox"/> Men B # _____ <b>Manufacturer</b> Date _____ <input type="checkbox"/> DTaP # _____ <input type="checkbox"/> MMR # _____ <input type="checkbox"/> GSK Lot # _____ <input type="checkbox"/> DTaP-IPV <input type="checkbox"/> PCV # _____ <input type="checkbox"/> MedImmune Exp. date _____ <input type="checkbox"/> HepA # _____ <input type="checkbox"/> Polio # _____ <input type="checkbox"/> Merck Injection site: _____ <input type="checkbox"/> HepB # _____ <input type="checkbox"/> Rotavirus# _____ <input type="checkbox"/> Pfizer Injection site: _____ <input type="checkbox"/> Hib # _____ <input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Sanofi Pasteur VIS date _____ <input type="checkbox"/> HPV # _____ <input type="checkbox"/> Varicella # _____ <input type="checkbox"/> Influenza <input type="checkbox"/> Other: _____ <input type="checkbox"/> MCV4 # _____ VACCINATOR SIGNATURE AND CREDENTIALS	<b>Vaccine</b> <input type="checkbox"/> Men B # _____ <b>Manufacturer</b> Date _____ <input type="checkbox"/> DTaP # _____ <input type="checkbox"/> MMR # _____ <input type="checkbox"/> GSK Lot # _____ <input type="checkbox"/> DTaP-IPV <input type="checkbox"/> PCV # _____ <input type="checkbox"/> MedImmune Exp. date _____ <input type="checkbox"/> HepA # _____ <input type="checkbox"/> Polio # _____ <input type="checkbox"/> Merck Injection site: _____ <input type="checkbox"/> HepB # _____ <input type="checkbox"/> Rotavirus# _____ <input type="checkbox"/> Pfizer Injection site: _____ <input type="checkbox"/> Hib # _____ <input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Sanofi Pasteur VIS date _____ <input type="checkbox"/> HPV # _____ <input type="checkbox"/> Varicella # _____ <input type="checkbox"/> Influenza <input type="checkbox"/> Other: _____ <input type="checkbox"/> MCV4 # _____ VACCINATOR SIGNATURE AND CREDENTIALS
<b>Vaccine</b> <input type="checkbox"/> Men B # _____ <b>Manufacturer</b> Date _____ <input type="checkbox"/> DTaP # _____ <input type="checkbox"/> MMR # _____ <input type="checkbox"/> GSK Lot # _____ <input type="checkbox"/> DTaP-IPV <input type="checkbox"/> PCV # _____ <input type="checkbox"/> MedImmune Exp. date _____ <input type="checkbox"/> HepA # _____ <input type="checkbox"/> Polio # _____ <input type="checkbox"/> Merck Injection site: _____ <input type="checkbox"/> HepB # _____ <input type="checkbox"/> Rotavirus# _____ <input type="checkbox"/> Pfizer Injection site: _____ <input type="checkbox"/> Hib # _____ <input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Sanofi Pasteur VIS date _____ <input type="checkbox"/> HPV # _____ <input type="checkbox"/> Varicella # _____ <input type="checkbox"/> Influenza <input type="checkbox"/> Other: _____ <input type="checkbox"/> MCV4 # _____ VACCINATOR SIGNATURE AND CREDENTIALS	<b>Vaccine</b> <input type="checkbox"/> Men B # _____ <b>Manufacturer</b> Date _____ <input type="checkbox"/> DTaP # _____ <input type="checkbox"/> MMR # _____ <input type="checkbox"/> GSK Lot # _____ <input type="checkbox"/> DTaP-IPV <input type="checkbox"/> PCV # _____ <input type="checkbox"/> MedImmune Exp. date _____ <input type="checkbox"/> HepA # _____ <input type="checkbox"/> Polio # _____ <input type="checkbox"/> Merck Injection site: _____ <input type="checkbox"/> HepB # _____ <input type="checkbox"/> Rotavirus# _____ <input type="checkbox"/> Pfizer Injection site: _____ <input type="checkbox"/> Hib # _____ <input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Sanofi Pasteur VIS date _____ <input type="checkbox"/> HPV # _____ <input type="checkbox"/> Varicella # _____ <input type="checkbox"/> Influenza <input type="checkbox"/> Other: _____ <input type="checkbox"/> MCV4 # _____ VACCINATOR SIGNATURE AND CREDENTIALS
<b>Vaccine</b> <input type="checkbox"/> Men B # _____ <b>Manufacturer</b> Date _____ <input type="checkbox"/> DTaP # _____ <input type="checkbox"/> MMR # _____ <input type="checkbox"/> GSK Lot # _____ <input type="checkbox"/> DTaP-IPV <input type="checkbox"/> PCV # _____ <input type="checkbox"/> MedImmune Exp. date _____ <input type="checkbox"/> HepA # _____ <input type="checkbox"/> Polio # _____ <input type="checkbox"/> Merck Injection site: _____ <input type="checkbox"/> HepB # _____ <input type="checkbox"/> Rotavirus# _____ <input type="checkbox"/> Pfizer Injection site: _____ <input type="checkbox"/> Hib # _____ <input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Sanofi Pasteur VIS date _____ <input type="checkbox"/> HPV # _____ <input type="checkbox"/> Varicella # _____ <input type="checkbox"/> Influenza <input type="checkbox"/> Other: _____ <input type="checkbox"/> MCV4 # _____ VACCINATOR SIGNATURE AND CREDENTIALS	<b>Vaccine</b> <input type="checkbox"/> Men B # _____ <b>Manufacturer</b> Date _____ <input type="checkbox"/> DTaP # _____ <input type="checkbox"/> MMR # _____ <input type="checkbox"/> GSK Lot # _____ <input type="checkbox"/> DTaP-IPV <input type="checkbox"/> PCV # _____ <input type="checkbox"/> MedImmune Exp. date _____ <input type="checkbox"/> HepA # _____ <input type="checkbox"/> Polio # _____ <input type="checkbox"/> Merck Injection site: _____ <input type="checkbox"/> HepB # _____ <input type="checkbox"/> Rotavirus# _____ <input type="checkbox"/> Pfizer Injection site: _____ <input type="checkbox"/> Hib # _____ <input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Sanofi Pasteur VIS date _____ <input type="checkbox"/> HPV # _____ <input type="checkbox"/> Varicella # _____ <input type="checkbox"/> Influenza <input type="checkbox"/> Other: _____ <input type="checkbox"/> MCV4 # _____ VACCINATOR SIGNATURE AND CREDENTIALS

RA/IM (Right Arm/Intramuscular) LA/IM (Left Arm/Intramuscular) RA/SC (Right Arm/Subcutaneous) LA/SC (Left Arm/Subcutaneous) IN (Intranasal)