

# FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN DE 7º GRADO

Programa de Enfermedades Prevenibles por Vacunación

Complete **TODAS** las áreas sombreadas de este formulario, firmelo y devuélvalo a la escuela antes de la fecha del evento de vacunación

Apellido	Nombre	Número de la tarjeta sanitaria de Ontario
Fecha de nacimiento (año/mes/día)	Escuela	Nombre del maestro
Sexo (marque con un círculo) Masculino    Femenino    Otro	[Nombre del padre / madre / tutor	Número de teléfono de los padres (durante el día)

¿Es el estudiante alérgico a: la levadura, el látex, el timerosal, la trometamina o el toxoide diftérico/tetánico?	SÍ	NO	
¿Ha tenido el estudiante alguna vez una reacción grave a una vacuna?	SÍ	NO	
¿Tiene el estudiante un historial de desmayos o convulsiones?	SÍ	NO	
¿Tiene el estudiante un trastorno hemorrágico?	SÍ	NO	
¿Está la estudiante embarazada?	SÍ	NO	
¿Está el estudiante inmunodeprimido?	SÍ	NO	

 **Se requiere una firma de consentimiento por parte del padre/madre/tutor legal para cada tipo de vacuna que se indica a continuación**

**Consentimiento:** Soy el padre, la madre o tutor legal del estudiante arriba mencionado, he leído la hoja informativa proporcionada para las vacunas y entiendo los beneficios esperados, los posibles riesgos y los efectos secundarios. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y buscar respuestas sobre la(s) vacuna(s). Entiendo que la vacuna meningocócica ACYW-135 es obligatoria para asistir a la escuela. Este consentimiento es válido hasta que se administren todas las dosis y puede retirarse en cualquier momento poniéndose en contacto con la Unidad de Salud.

**Tenga en cuenta:** Si el estudiante ha recibido dosis anteriores de estas vacunas, la enfermera determinará si son necesarias más dosis, de acuerdo con el Calendario de Vacunación de Ontario y la Guía de Vacunación de Canadá. Si usted firma en la línea dando su consentimiento para esa vacuna específica, está dando su consentimiento para que se le administren las dosis restantes, terminando así la serie para una protección óptima.

Vacuna meningocócica ACYW-135*	Vacuna contra la hepatitis B	Vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH)
<b>Doy mi consentimiento para la vacuna Men-C-ACYW 135:</b>  X _____ Nombre del padre / madre / tutor  X _____ Firma del padre / madre / tutor  Fecha	<b>Doy mi consentimiento para la vacuna de la Hepatitis B:</b>  X _____ Nombre del padre / madre / tutor  X _____ Firma del padre / madre / tutor  Fecha	<b>Doy mi consentimiento para la vacuna del VPH-9:</b>  X _____ Nombre del padre / madre / tutor  X _____ Firma del padre / madre / tutor  Fecha
<b>Dosis anteriores administradas:</b> (sin incluir la vacuna Men-C (Neis-Vac®, Menjugate®)  _____  (incluya la fecha exacta, el nombre del médico y el número de teléfono)	<b>Dosis anteriores administradas:</b> (incluyendo Twinrix Jr® y Twinrix® Adulto - indicar dosis)  _____  (incluya la fecha exacta, el nombre del médico y el número de teléfono)	<b>Dosis anteriores administradas:</b>  _____  (incluya la fecha exacta, el nombre del médico y el número de teléfono)
<b>Clinic use only:</b>	<b>Clinic use only Dose #1:</b> Recombivax® / Engerix®	<b>Clinic use only Dose #1:</b>
Lot #:	Lot #:	Lot #:
Expiry Date:	Expiry Date:	Expiry Date:
Dose date:	Dose date:	Dose date:
Time given:	Time given:	Time given:
R del      L del      1.5"	R del      L del      1.5"	R del      L del      1.5"
Nurse:	Nurse:	Nurse:

Complete after 1 dose:

**Verbal consent:**

Given by: \_\_\_\_\_  
Relationship: \_\_\_\_\_  
Given to: \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_

Men, HB, HPV-9 (circle)

Nurse: \_\_\_\_\_

<b>Dose #2:</b> Recombivax® / Engerix®	<b>Dose #2:</b>
Lot #:	Lot #:
Expiry Date:	Expiry Date:
Dose date:	Dose date:
Time given:	Time given:
R del      L del      1.5"	R del      L del      1.5"
Nurse:	Nurse:

**Clinic Use:**

<b>Nurse Assessment – Day of Clinic</b>	<b>Visit #1</b>	<b>Visit #2</b>	<b>Notes</b>
Do you have a fever or are you sick today?	Y N	Y N	
Has anything changed with your health recently?	Y N	Y N	
Did you have a serious reaction to a vaccine before? (or last dose if on dose #2)	Y N	Y N	
Is it possible that you may be pregnant? (female students only)	Y N	Y N	
Do you understand what this vaccine(s) is for?	Y N	Y N	
Do you have any questions?	Y N	Y N	
Nurse Initials			

**Nursing Notes\*:**

---



---



---



---



---



---



---



---

\*Only to be used if Panorama is not available. All notes written here must be transferred to Panorama.  
 Check here if nurse wrote a note in Pan:

<b>Reason student did not receive vaccine</b>	<b>Visit #1 Date stamp &amp; initial</b>		<b>Visit #2 Date stamp &amp; initial</b>		<b>Visit #3 Date stamp &amp; initial</b>	
Absent						
Refused						
Deferred						
Letter sent: reason other than above						
Moved (note location if known)						