BUREAU DE SANTÉ DE MIDDLESEX-LONDON HEALTH UNIT
www.healthunit.com

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA INMUNIZACION (VACUNACIÓN) DE 7º GRADO

Programa de Enfermedades Prevenibles por Vacunación

Complete TODAS las áreas sombreadas de este formulario, fírmelo 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 , 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 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 Esquema de Inmunización 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*	Vacuna contra la hepatitis B	Vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH)
Doy mi consentimiento para la vacuna Men-C-ACYW: X_____ Nombre del padre / madre / tutor X_____ Firma del padre / madre / tutor Fecha	**Doy mi consentimiento para la vacuna de la Hepatitis B:** X_____ Nombre del padre / madre / tutor X_____ Firma del padre / madre / tutor Fecha	**Doy mi consentimiento para la vacuna del VPH-9:** X_____ Nombre del padre / madre / tutor X_____ Firma del padre / madre / tutor Fecha
Dosis anteriores administradas: (sin incluir la vacuna Men-C (Neis-Vac®, Menjugate®) _____ _____ _____ (incluya la fecha exacta, el nombre del médico y el número de teléfono)	**Dosis anteriores administradas:** (incluyendo Twinrix Jr® y Twinrix® Adulto - indicar dosis) _____ _____ _____ (incluya la fecha exacta, el nombre del médico y el número de teléfono)	**Dosis anteriores administradas:** _____ _____ _____ (incluya la fecha exacta, el nombre del médico y el número de teléfono)
Clinic use only:	**Clinic use only Dose #1:** Recombivax / Engerix	**Clinic use only Dose #1:**
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: _____

Dose #2: Recombivax / Engerix		**Dose #2:**
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:

Cuando nos solicita atención o servicios, nosotros recopilaremos, utilizaremos y compartiremos su información de salud personal solamente en caso necesario para prestarle atención o servicios. La información recogida se utilizará y/o compartirá en virtud de la Ley de Protección y Promoción de la Salud, R.S.O. 1990. No recopilaremos, ni utilizaremos ni compartiremos su información de salud personal por ningún otro motivo, a menos que contemos con su permiso o que la ley lo permita o exija. Cualquier pregunta sobre la recopilación de esta información puede dirigirse al responsable de Privacidad de MLHU en privacy@mlhu.on.ca.

Nurse Assessment – Day of Clinic	Visit #1	Visit #2	Notes
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			

Clinic Use:

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: ○

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