Estimado Padre / Tutor:

La salud y el bienestar general de su hijo son muy importantes. En el Instituto Bradshaw alentamos a su hijo a realizar visitas de rutina anuales con su proveedor de atención primaria y a recibir todas las vacunas para adolescentes actualmente recomendadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) para su grupo de edad. El CDC recomienda las siguientes vacunas para adolescentes: vacunas contra el VPH, meningocócica ACWY y / o meningocócica B (www.cdc.gov/vaccines). Durante el programa Bridges to a Brighter Future de este verano, ofreceremos visitas de niño sano junto con estas vacunas a los estudiantes que no tienen un proveedor de atención primaria.

A través de una asociación con el Departamento de Salud y Control Ambiental de Carolina del Sur (SC DHEC) y el programa de Vacunas para Niños (VFC) financiado con fondos federales, ofreceremos estas vacunas durante las visitas de niño sano:

Vacuna antimeningocócica:

Las vacunas pueden ayudar a prevenir la enfermedad meningocócica, que es cualquier tipo de enfermedad causada por la bacteria Neisseria meningitidis. Hay 2 tipos de vacunas meningocócicas disponibles en los Estados Unidos:

• Vacunas meningocócicas conjugadas o MenACWY (Menactra® y Menveo®)

• Vacunas meningocócicas del serogrupo B o MenB (Bexsero® y Trumenba®)

Todos los niños de 11 a 12 años deben recibir una vacuna antimeningocócica conjugada, con una dosis de refuerzo a los 16 años. Los adolescentes y los adultos jóvenes (de 16 a 23 años) también pueden recibir una vacuna antimeningocócica del serogrupo B. Los CDC también recomiendan la vacuna antimeningocócica para otros niños y adultos que tienen un mayor riesgo de contraer la enfermedad meningocócica.

Vacunación contra el VPH:

Se recomiendan dos dosis de la vacuna contra el VPH para niños de 11 a 12 años; la vacuna se puede administrar a partir de los 9 años. Los niños que comienzan la serie de vacunas contra el VPH a partir de los 15 años de edad necesitan tres dosis administradas durante 6 meses.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Melinda Lavallee-Turner, Coordinadora del Programa de Pediatría Comunitaria del Bradshaw Institute, al 864-454-2341.

Gracias,

Equipo del centro de salud escolar del Instituto Bradshaw

Formularios de salud basados en la escuela de Prisma Health

Nos complace ofrecerle a su hijo visitas de niño sano a través de la Clínica de salud de la escuela Prisma Health. Para que su hijo sea atendido por el proveedor médico de Prisma Health, deberá completar los siguientes formularios que se encuentran en este paquete.Permission to Treat-Gives the Prisma Health medical provider permission to provide medical care to your child.

- Permiso para tratar: le da permiso al proveedor médico de Prisma Health para brindar atención médica a su hijo.
- Información del paciente / hoja demográfica: proporciona al proveedor médico de Prisma Health la información demográfica y de facturación necesaria del paciente.
- Formularios de selección y autorización de vacunas: le permite seleccionar qué vacunas le gustaría que su hijo reciba.
- Forma física deportiva (si es necesario): para que su hijo practique un deporte escolar el próximo año escolar (2021-2022)

Proveedores de salud de Prisma Health School

Kerry K. Sease, MD se graduó en la Facultad de Medicina de la Universidad de Carolina del Sur. Completó su formación pediátrica con Greenville Health System y continuó su formación en el Hospital de Niños de Pittsburgh, donde completó una beca en Pediatría Académica General. Durante su beca, también obtuvo su maestría en salud pública de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Pittsburgh. El Dr. Sease actualmente se desempeña como Director Médico del Instituto Prisma Health Bradshaw para la Defensa y la Salud Infantil Comunitaria. En esta función, supervisa el trabajo de la pediatría comunitaria, que incluye la asociación médica legal, la gestión de la salud de la población, los centros de salud escolares, el tratamiento de la obesidad y los campamentos infantiles.

Holly Bryan (MSN, PNP-BC) recibió su licenciatura en enfermería de la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill y completó su maestría en enfermería / educación en enfermería pediátrica (PNP) en la Universidad de Alabama en Birmingham, por lo que fue galardonada con el premio al Estudiante Graduado de Enfermería Pediátrica Sobresaliente en MSN / Enfermería . Ha trabajado como PNP en Hematología-Oncología Pediátrica, Gastroenterología y Pediatría en general. Holly actualmente se desempeña como PNP principal en los centros de salud de la escuela Prisma Health. En este puesto, viaja entre las escuelas seleccionadas del condado de Greenville para brindar a los estudiantes atención para afecciones tanto agudas como crónicas. En 2017, Holly fue nombrada cuidadora del año, prácticas médicas y atención especializada del Children's Hospital of Greenville Health System.

Rebecca M. Saul, (PNP-BC) Recibió su formación en la Facultad de Medicina de la Universidad de Vanderbilt. Es proveedora de Prisma Health Pediatric Associates-Spartanburg y también proveedora de Prisma Health New Impact, un programa de estilo de vida saludable que beneficia a toda su familia mediante el uso de un enfoque de equipo multidisciplinario que permite a los niños desarrollar estilos de vida activos y saludables al enfocarse en el Comportamiento alimenticio y de ejercicio de toda la familia.

PRISMA HEALTH®

PERMISO GENERAL PARA TRATAR:

Pacientes del Departamento de Urgencias: Los pacientes que se presentan en el departamento de urgencias tienen el derecho a recibir un examen de evaluación adecuado realizado por un médico u otro profesional calificado, para determinar si están sufriendo una afección médica de emergencia o están en trabajo de parto activo y de ser así, recibir tratamiento de estabilización (incluyendo el parto de un bebé incluyendo la placenta) dentro de las capacidades del personal y de las instalaciones de Prisma Health. Los pacientes tienen estos derechos, incluso si no pueden pagar por los servicios, si no tienen seguro médico o si no tienen derecho a Medicare o Medicaid.

Yo soy el paciente nombrado anteriormente (o la persona autorizada por ley para tomar decisiones por el paciente). Le doy permiso a Prisma Health y a los médicos, proveedores de atención médica, personal y compañías externas para que proveen servicios hospitalarios y de atención médica de rutina según corresponda: incluyendo extracciones de sangre, medicamentos, eliminación/donación de tejidos, exámenes, tratamientos, pruebas de laboratorio, anestésicos, terapia, transporte, servicios de evaluación y tratamiento, y procedimientos, según sea necesario de acuerdo con el criterio del proveedor(es), incluyendo estudiantes, residentes y proveedores de telesalud debidamente supervisados. **El tratamiento podría ser proporcionado por empleados autorizados de Prisma Health y de la Universidad de Carolina del Sur**. Reconozco que no se puede dar ninguna garantía respecto a los resultados de los tratamientos.

Los procedimientos de diagnóstico y de laboratorio que pudieran ordenarse para mí (y/o mi bebé recién nacido) incluyen (pero no se limitan a) pruebas para enfermedades tales como el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Hepatitis y cualquier otra enfermedad categorizada como contagiosa o enfermedad transmitida sexualmente y estafilococo aureus resistente a la meticilina (MRSA, por sus siglas en inglés). Entiendo que puedo discutir estas pruebas con mi proveedor de atención médica y le puedo decir a mis proveedores de atención médica (enfermeras, tecnólogos y médicos) si no quiero que se me realice alguna o ninguna de estas pruebas. Si me niego a hacerme estas pruebas, no me las harán. Sin embargo, si no me niego a hacerme estas pruebas, puedo someterme a ellas y los resultados se incluirán en mi expediente médico. Si los resultados de las pruebas son positivos, los resultados se compartirán conmigo. Si un trabajador de salud entra en contacto directo con mi sangre o líquidos corporales, entiendo que la ley de Carolina del Sur permite que mi sangre se analice sin mi consentimiento para el virus de Hepatitis B, el virus de Hepatitis C, o VIH para determinar si los virus están o no están presentes. Los resultados de la(s) prueba(s) estarán disponibles para mí y para el trabajador de salud que fue expuesto.

A menos que se haya discutido lo contrario conmigo, yo autorizo a Prisma Health a disponer de los especímenes, tejidos, aparatos médicos o implantes extraídos de mi cuerpo durante mi tratamiento.

PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA: Entiendo que los doctores que están prestando servicios en Prisma Health son miembros del personal médico de Prisma Health, pero podrían no ser empleados o agentes de Prisma Health. Muchos proveedores, incluyendo doctores, asociados médicos, enfermeras especializadas y enfermeras parteras certificadas, son proveedores independientes, no empleados. Entiendo que Prisma Health no es responsable por ningún acto u omisión de un proveedor que no sea un empleado o agente de Prisma Health. También entiendo que Prisma Health es una institución de enseñanza médica y que los estudiantes y los residentes podrían estar involucrados en mi cuidado con la adecuada supervisión requerida.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO Y RECLAMACIONES DE TERCEROS PARTÍCIPES:
Si tengo seguro, estoy de acuerdo en asignar a Prisma Health cualquiera y todos los derechos incluyendo dinero que provenga de lo siguiente: beneficios médicos mayores TRICARE, PIP (protección para lesiones personales), beneficios de enfermedad, beneficios de compensación al trabajador, beneficios de médicos (excluyendo cualquier beneficio pagadero a los médicos que no son empleados o agentes de Prisma Health), beneficios por lesiones o cualquier otro beneficio de salud, accidente o asistencia social de cualquier tipo o forma, ya sea asegurado o auto financiado, ingresos del producto del establecimiento de cualquier arreglo judicial o fallo que esté siendo pagado por o a nombre de un tercer partícipe o cualquier otro beneficio debido por la póliza de seguros. También le asigno a los doctores no empleados por Prisma Health, cualquier retribución de los beneficios anteriores que sean pagados por o en nombre de un tercer partícipe o debidos por cualquier póliza de seguro por los servicios prestados en Prisma Health (tales como patólogos y otros doctores particulares). Garantizo y declaro que cualquier seguro o cualquier plan que yo asigne es un seguro válido y está vigente y que yo tengo el derecho a hacer esta asignación. Todas las cantidades recaudadas se abonarán a mi cuenta. En caso de que alguna reclamación de pago presentada por Prisma Health a mi compañía de seguros o administrador del plan sea negada, yo autorizo a Prisma Health para que pida una revisión administrativa de la reclamación disputada de acuerdo con la disposición(es) pertinente(s) de pacientes; plan o póliza, apele o entable una acción legal/equitativa. Si mi plan o póliza está provista conforme al Acta de Beneficios de Salud para Empleados Federales, 5U.S.C. §8901, et seq., este proceso de revisión incluirá, pero no se limita, a una revisión por parte de la Oficina de Administración del Personal. En caso de que yo sea un participante/beneficiario de un plan de asistencia social de empleado regido por el Decreto de 1974 de Seguro de Ingresos para Empleados Retirados (ERISA, por sus siglas en inglés), 29, U.S.C. §1001 et seq., designo a Prisma Health como mi representante autorizado y le concedo a Prisma Health la autoridad para actuar en mi nombre en la prosecución y apelación de una determinación de beneficio bajo el plan. Dicha autoridad deberá incluir el derecho a solicitar y recibir una copia de la descripción del plan y/o un resumen de la descripción del plan.

PACIENTES CON MEDICARE: Si cumplo con los requisitos para la cobertura de Medicare, solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se le haga a Prisma Health en mi nombre. Certifico que la información que he dado es correcta al solicitar el pago bajo el Título XVIII de la Ley del Seguro Social.

ACUERDO FINANCIERO: Entiendo que estoy obligado a pagar mi cuenta conforme a las tarifas regulares y los términos de Prisma Health, con excepción de aquellos servicios proporcionados conforme a un ensayo clínico de investigación, los cuales están identificados específicamente por escrito como servicios por los cuales no estoy obligado a pagar. Por medio de la presente, nombro a Prisma Health como mi representante para que recaude los reclamos, endose los cheques y de recibos completos y finales por todas las cantidades recaudadas. En la medida en que no esté prohibido por la ley o por contrato, autorizo a Prisma Health a aplicar cualquier sobrepago que reciba a cualquier otra cuenta de la que yo sea responsable en Prisma Health o en sus entidades afiliadas. Si no hay ninguna otra cuenta pendiente de la que yo sea responsable, el pago se contabilizará en la cuenta destinada y el reembolso de cualquier sobrepago se procesará de conformidad.

Entiendo que Prisma Health puede obtener mi reporte de crédito para una revisión al recaudar esta deuda. En el caso de que esta cuenta sea puesta en manos de una agencia de cobranzas o de un abogado para su cobro, yo seré responsable del pago de todos los gastos de recaudación, incluyendo los honorarios del abogado.

PERMISO PARA TRATAR

DIVULGACIÓN/USO DE LA INFORMACIÓN DE SALUD: Los usos y divulgaciones de mi información personal y de salud se describen en el Aviso de Prácticas de Privacidad de Prisma Health (NPP). Reconozco al firmar a continuación que he tenido la oportunidad de recibir una copia del NPP. También doy mi consentimiento para lo siguiente:

- **Directorio/Puerta del paciente**. A menos que yo le informe al personal del hospital lo contrario, doy mi consentimiento para que mi nombre aparezca en el directorio del hospital, junto con mi ubicación, condición general y preferencia religiosa para permitir visitas del clero.

DERECHOS DEL PACIENTE: Entiendo que tengo ciertos derechos y responsabilidades que se establecen en el folleto de Derechos y Responsabilidades del Paciente. Reconozco al firmar abajo que he recibido una copia del folleto de Derechos y Responsabilidades del Paciente de Prisma Health.

OBJETOS DE VALOR /PERTENENCIAS: Estoy de acuerdo con no traer objetos peligrosos a la propiedad de Prisma Health. Prisma Health se reserva el derecho de inspeccionar mis pertenencias y mi habitación en busca de objetos peligrosos. Entiendo que Prisma Health no es responsable de pertenencias personales guardadas en mi habitación incluyendo dentadura postiza, gafas y otros dispositivos protésicos. Prisma Health NO es responsable de pertenencias personales, incluyendo dinero, a menos que Prisma Health haya emitido un recibo por el depósito de las pertenencias personales. Las instalaciones de Prisma Health son áreas de NO FUMAR. Para garantizar la seguridad, permitiré que Prisma Health guarde mis materiales de fumar hasta que me den de alta, o pueden enviarlos con familia o amigos a casa. Entiendo que esta política es estrictamente respetada.

COMUNICACIÓN CON LOS PACIENTES: Entiendo que mi proveedor o las entidades de Prisma Health y/o Prisma Health y sus empleados y contratistas externos, incluyendo compañías de cobro de deudas, pueden contactarme a través de cualquier información de contacto que yo le haya proporcionado a mi proveedor o a las entidades de Prisma Health para cualquier propósito relacionado con mi diagnóstico médico, tratamiento, recaudación de fondos, servicio comunitario, anuncios no solicitados, mercadeo, pago de servicios, cobro de deudas por facturas adeudadas, o para cualquier otro propósito relacionado con el tratamiento, pago u operaciones comerciales. (Esto también se aplica a las compañías independientes externas y a los médicos y sus empleados que prestan servicios en o para las instalaciones de Prisma Health). Se me puede contactar de maneras que pudiera causar que se me cobre una tarifa, y seré responsable de pagar las tarifas relacionadas con el uso del teléfono celular, teléfono de casa, teléfono del trabajo, mensaje de texto, correo electrónico o fax para los contactos.

Entiendo que Prisma Health puede ponerse en contacto conmigo usando marcación automática y/o mensajes de voz artificiales o pregrabados cuando se comuniquen conmigo por teléfono celular, teléfono del hogar o del trabajo, teléfono de la habitación del paciente, servicio de buscapersonas, servicio de radio móvil especializado, servicio de radiocomunicación, o a través de cualquier otro servicio. Entiendo que esto permitirá a Prisma Health llamarme usando los números de teléfono que pueda tener listados en el Registro(s) Nacional o Estatal de No Llamar.

Contacto por correo electrónico o mensajes de texto. Para ayudar a coordinar su atención, su proveedor le enviará mensajes de texto y de correo electrónico que incluyen recordatorios para programar citas y para citas programadas, pruebas recomendadas y otra información para ayudarle a manejar su salud. Los mensajes pueden provenir de su proveedor, Prisma Health o de nuestros socios que están ayudando a manejar su cuidado. La responsabilidad de programar y cancelar citas seguirá recayendo en usted, pero esperamos que este servicio le facilite las cosas.

PERMISO PARA TRATAR

Prisma Health puede contactarlo usando correo electrónico para la transmisión de avisos sobre los estados de cuenta. Tales avisos de correo electrónico y mensajes de texto no están codificados y, por lo tanto, se consideran comunicaciones inseguras y no incluirán información específica de su información clínica, pero pueden incluir información que sería de interés para usted debido a su estado de salud. Cuando enviemos mensajes de texto, nunca transmitiremos su nombre completo o dirección en el mensaje de texto.

Si NO desea permitir la comunicación de esta manera, por favor notifique a un miembro del equipo de Prisma Health en la oficina administrativa/acceso de pacientes/registro, responda a las instrucciones de "opt-out" en el mensaje de texto o elija su preferencia de comunicación en el portal de pacientes.

Entiendo que, si proporciono mi número de teléfono celular, el número de teléfono de mi casa, el número de teléfono del trabajo y la dirección de correo electrónico y no le digo a nadie que no quiero que se comuniquen conmigo de las maneras descritas, estoy consintiendo en recibir llamadas telefónicas, mensajes de texto y correos electrónicos para la programación de citas y otros recordatorios e información de atención médica como se ha descrito anteriormente. Mantendré a mi proveedor informado de mi número celular y mi dirección de correo electrónico actualizados en todo momento y notificaré a mi proveedor si el número de mi celular ya no está en mi poder.

Entiendo que, aunque indique que no deseo que se me contacte como se ha descrito anteriormente, mi proveedor, Prisma Health o nuestros socios pueden ponerse en contacto conmigo por teléfono para programación de citas o citas programadas, pruebas recomendadas y otra información para ayudarme a manejar mi salud.

INFECCIONES ASOCIADAS CON EL CUIDADO DE SALUD: Las infecciones asociadas con el cuidado de salud pueden ser una complicación de la hospitalización. La Ley de Divulgación de Infecciones Hospitalarias de Carolina del Sur Sección 44-7-2410, obliga a los hospitales a monitorear y reportar las infecciones asociadas con el cuidado de salud al Departamento de Salud y Control Ambiental (DHEC por sus siglas en inglés). Estos reportes están disponibles en el siguiente sitio web a la vista del público: http://
www.scdhec.gov/Health/FHPF/InfectionControlHIDA/HospitalInfectionControl/

Entiendo que la práctica de la medicina y la seguridad de información personal o de salud no son una ciencia exacta y que no todos los riesgos pueden eliminarse y que NO ME HAN DADO NINGUNA GARANTÍA.

FIRMO ABAJO RECONOCIENDO QUE HE LEÍDO, HE HECHO PREGUNTAS Y ENTENDIDO Y ESTOY DE ACUERDO CON TODAS LAS 4 PÁGINAS DE ESTE FORMULARIO.

FECHA/HORA	FIRMA DEL TESTIGO	FIRMA DEL PACIENTE/REPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZADO
FECHA/HORA	FIRMA DEL SEGUNDO TESTIGO (SOLO NECESARIA PARA CONSENTIMIENTO POR TELEFONO)	NOMBRE Y RELACIÓN SI NO ES EL PACIENTE EN LETRA DE IMPRENTA

PRISMA HEALTH®

Información del Paciente

(Por favor use letra de imprenta)

Nombre Completo Legal: _ _____Nombre Preferido:_____
Apellido(s) Primer Nombre Segundo Nombre Sexo ☐ *Masculino* ☐ *Femenino*

Origen étnico: Hispano/Latino ☐
No Hispano/No Latino ☐
Me rehúso/Me niego ☐

Fecha de Nacimiento_____ # de SS:_____
Mes/Día/Año Completo

Médico de Atención Primaria:_____
Nombre de su Farmacia Preferida:_____Número de Teléfono:_____
Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Conviviente ☐ Legalmente Separado
Raza: ☐ Caucásico (blanco) ☐ Indio Americano ☐ Afro- Americano (negro) ☐ Hispano
☐ Biracial ☐ Asiático ☐ Otro ☐ Desconocido
Domicilio:_____ Ciudad:_____ Estado:_____ CP:_____
Dirección Postal:_____ Ciudad:_____Estado:_____ CP:_____
Condado:_____ Tel. de Casa: ( )_____Tel. Celular: ( )_____
Idioma Preferido:_ _____ Correo electrónico:_____
Veterano: ___Sí ___No ___Desconocido Religión:_____

Información del Fiador *(Si el fiador es Usted Mismo, pase a la sección de Contacto de Emergencia)*
El padre/tutor que se presente para el tratamiento de un menor será considerado como el fiador. Si el paciente es mayor de18 años, será considerado como el fiador y no tundra que completar esta sección. El fiador será responsable por cualquier saldo que se deba.
Nombre: _____Relación del paciente con el fiador: _____
Apellido(s) Primer Nombre Segundo Nombre

Tel. de Casa: ( )_____
Fecha de Nacimiento: _____# de SS: _ _____ Tel. Celular: ( )_____
Domicilio:_____ Ciudad:_____Estado:_____ CP:_____ País:_____
Dirección Postal
(si es diferente): _____ Ciudad:_____Estado:_____ CP:_____ País:_____

Contacto de Emergencia *(Los pacientes pediátricos favor de nombrar a alguien que no sean los padres/tutor)*
Contacto Primario
Nombre: _____ Tel de Casa: ( )_____
Relación del Paciente con
el Contacto de Emergencia _____ Tel. Celular: ( )_____
Nombre del
Contacto Secundario: _____ Tel de Casa: ( )_____
Relación del Paciente con
el Contacto de Emergencia _____ Tel. Celular: ( )_____

Empleo
Empleador del Paciente:_____ **Tel. del Trabajo**:_____**Ext**:_____
Dirección:_____ **Cuidad:**_____ **Estado:**_____**CP:**_____

Situación Laboral: ☐**Tiempo Completo** ☐**Medio Tiempo** ☐**Negocio propio** ☐**Militar Activo** ☐ **Estudiante tiempo completo**
☐**Estudiante medio tiempo** ☐**Fecha de Retiro** _____ ☐**Discapacitado** ☐**No Empleado** ☐**Desconocido**

(Solo Pacientes Pediátricos) Información de Padres/Tutor y Familia Inmediata

Madre *(Si la dirección, números telefónicos e información del empleador es la misma que del fiador, por favor escriba "same".)*
Nombre Completo: _____ Apodo:_____
Apellido(s) Primer Nombre Segundo Nombre
Fecha de Nacimiento:_____
de SS:_ _____ *Mes/Día/Año Completo*
Domicilio:_____ Ciudad:_____Estado:_____ CP:_____
(si es diferente que la del paciente)
Tel. de Casa:_____ Tel. Celular: ( )_____
Empleador:_____ Tel. del Trabajo: ( )_ _____Ext:_____

Padre *Si la dirección, números telefónicos e información del empleador es la misma que del fiador, por favor escriba "same".)*
Nombre Completo: _____ Apodo:_____
Apellido(s) Primer Nombre Segundo Nombre
Fecha de Nacimiento:_____
de SS:_ _____ *Mes/Día/Año Completo*
Domicilio:_____ Ciudad:_____Estado:_____ CP:_____
(si es diferente que la del paciente)
Tel. de Casa:_____ Tel. Celular: ( )_____
Empleador:_____Tel. del Trabajo: ( )_ _____Ext:_____

Información del Paciente

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento_____

(Solo para Pacientes Pediátricos) Hermanos, Hermanas y Otros Miembros de la Familia

Nombre Completo	M o F	Fecha de Nacimiento	Relación	Vive con el Niño	
				Sí	No
				Sí	No
				Sí	No
				Sí	No

☐ Marque aquí si no tiene seguro. Y pase a la sección de Autorización (abajo).

Información del Accidente

¿Es la visita el resultado de un accidente? (Ejemplos: accidente de auto, compensación al trabajador, etc.) ☐ Sí ☐ No

Tipo de Accidente:_____ Fecha del Accidente:_____ Condado del Accidente: _____

Información del Seguro Primario

Suscriptor: Es la persona que porta el seguro. Si el Suscriptor es el Paciente, pase a la sección Nombre de la Co. De Seguros.

Nombre del Suscriptor en la tarjeta_ _____Fecha de Nacimiento_____

Mes/Día/Año Completo

Relación del Paciente con el Suscriptor:_____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Si la dirección, y el número telefónico es el mismo que el del paciente, por favor escriba "same"

Dirección: _____# de SS#:_____

Ciudad, Estado, CP: _____Tel. de Casa:_____

Empleador: _____Tel. del Trabajo:_____ Ext._____

Nombre de la Co. De Seguros: _____Teléfono:_ _____

 # de Poliza/Certificado:_____No. de Grupo:_____ Fecha de Vigencia :_____

Estado del Suscriptor: ☐ **Tiempo Completo** ☐ **Medio Tiempo** ☐ **Negocio propio** ☐ **Militar Activo** ☐ **Estudiante tiempo completo**

☐ **Estudiante medio tiempo** ☐ **Fecha de Retiro** _____ ☐ **Discapacitado** ☐ **No Empleado**

Información del Seguro Secundario

SUSCRIPTOR: Es la persona que porta el seguro. Si el Suscriptor es el Paciente, pase a la sección Nombre de la Co. De Seguros.

Nombre del Suscriptor en la tarjeta_ _____Fecha de Nacimiento_____

Mes/Día/Año Completo

Relación del Paciente con el Suscriptor:_____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Si la dirección, y el número telefónico es el mismo que el del paciente, por favor escriba "same"

Dirección: _____# de SS#:_____

Ciudad, Estado, CP: _____Tel. de Casa:_____

Empleador: _____Tel. del Trabajo:_____ Ext._____

Nombre de la Co. De Seguros: _____Teléfono:_ _____

 # de Poliza/Certificado:_____No. de Grupo:_____ Fecha de Vigencia :_____

Estado del Suscriptor: ☐ **Tiempo Completo** ☐ **Medio Tiempo** ☐ **Negocio propio** ☐ **Militar Activo** ☐ **Estudiante tiempo completo**

☐ **Estudiante medio tiempo** ☐ **Fecha de Retiro** _____ ☐ **Discapacitado** ☐ **No Empleado**

Authorización

Yo autorizo que se lleve a cabo una evaluación y tratamiento médico, y a la liberación de información para fines médicos/del seguro con respecto a mi enfermedad y tratamiento. Por medio de la presente autorizo el pago de mi compañía de seguros al Prisma Health por los servicios prestados. Yo seré responsable de cualquier cantidad no cubierta por mi seguro.

Firma del Paciente/Tutor/Fiador:_____**Fecha:**_____

HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE VACUNAS

Vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH): *Lo que necesita saber*

Many Vaccine Information Statements are available in Spanish and other languages. See www.immunize.org/vis

Muchas de las hojas de información sobre vacunas están disponibles en español y otros idiomas. Consulte www.immunize.org/vis

1 ¿Por qué es necesario vacunarse?

La vacuna contra el VPH previene la infección con tipos del virus del papiloma humano (VPH) que están asociados con muchos tipos de cáncer, entre los que se incluyen los siguientes:

- **cáncer cervical** en mujeres,
- **cáncer de vagina y de vulva** en mujeres,
- **cáncer anal** en mujeres y en hombres,
- **cáncer de garganta** en mujeres y en hombres, y
- **cáncer de pene** en hombres.

Además, la vacuna contra el VPH previene la infección con tipos del VPH que causan **verrugas genitales** tanto en las mujeres como en los hombres.

En EE. UU., unas 12,000 mujeres contraen cada año el cáncer cervical, y casi 4,000 mujeres mueren a causa de él. La vacuna contra el VPH previene la mayoría de estos casos de cáncer cervical.

La vacunación no es sustituto de los estudios de detección de cáncer cervical. Esta vacuna no protege contra todos los tipos de VPH que pueden provocar el cáncer cervical. Las mujeres todavía deben someterse con regularidad al frotis de Papanicolaou de rutina.

La infección por el VPH suele producirse por contacto sexual, y la mayoría de las personas se infectan en algún momento de su vida. Cada año, se infectan aproximadamente 14 millones de estadounidenses, lo que incluye adolescentes. La mayoría de las infecciones desaparecen solas y no causan problemas graves. Pero miles de mujeres y hombres contraen cáncer y otras enfermedades por el VPH.

2 Vacuna contra el VPH

La vacuna contra el VPH está aprobada por la Agencia de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) y es recomendada por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) tanto para hombres como para mujeres. Se administra de forma rutinaria a los 11 o 12 años de edad, pero puede aplicarse a partir de los 9 años hasta los 26 años.

La mayoría de los adolescentes de entre 9 y 14 años deberían recibir la vacuna contra el VPH como una serie de dos dosis con un intervalo de 6 a 12 meses entre las dosis. Las personas que comienzan la vacunación contra el VPH a los 15 años o más tarde deberían recibir la vacuna como una serie de tres dosis: la segunda dosis se debe administrar entre 1 y 2 meses después de la primera dosis y la tercera dosis se debe administrar 6 meses después de la primera dosis. Hay varias excepciones a estas recomendaciones respecto de la edad. Su proveedor de atención médica puede proporcionarle más información.

3 Algunas personas no deben recibir esta vacuna

- Toda persona que haya tenido una reacción alérgica severa (potencialmente mortal) a una dosis de la vacuna contra el VPH no debe recibir otra dosis.
- Toda persona que tenga una alergia severa (potencialmente mortal) a algún componente de la vacuna contra el VPH no debe recibir la vacuna.

  Informe a su médico si sabe que tiene alguna alergia severa, incluida una alergia severa a la levadura.
- No se recomienda administrar la vacuna contra el VPH a mujeres embarazadas. Si se enteró que estaba embarazada al recibir la vacuna, no hay razones para esperar que usted o el bebé tengan algún problema. Se recomienda que toda mujer que haya descubierto que estaba embarazada al recibir la vacuna contra el VPH se comunique durante el embarazo con el registro de vacunación contra el VPH del fabricante al 1-800-986-8999. Las mujeres que están amamantando pueden vacunarse.
- Si tiene una enfermedad leve, como un catarro, es probable que pueda recibir la vacuna hoy mismo. Si tiene una enfermedad moderada o grave, posiblemente deba esperar hasta recuperarse. Su médico puede aconsejarlo.

4 Riesgos de una reacción a la vacuna

Con cualquier medicamento, incluidas las vacunas, hay posibilidades de que se produzcan efectos secundarios. Aunque estos son usualmente leves y desaparecen por sí solos, también es posible que se produzcan reacciones graves.

La mayoría de las personas que reciben la vacuna contra el VPH no tienen ningún problema grave con ella.

Problemas leves o moderados luego de la aplicación de la vacuna contra el VPH:

- Reacciones en el brazo donde se aplicó la inyección:
  - Dolor muscular (aproximadamente 9 de cada 10 personas)

U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Disease Control and Prevention

- Enrojecimiento o hinchazón (aproximadamente 1 de cada 3 personas)
- Fiebre:
  - Leve (37.8 °C/100 °F) (aproximadamente 1 de cada 10 personas)
  - Moderada (38.9 °C/102 °F) (aproximadamente 1 de cada 65 personas)
- Otros problemas:
  - Dolor de cabeza (aproximadamente 1 de cada 3 personas)

Problemas que podrían ocurrir después de cualquier vacuna inyectada:

- En algunos casos, las personas se desmayan después de un procedimiento médico, incluida la vacunación. Sentarse o acostarse durante aproximadamente 15 minutos ayuda a prevenir los desmayos y las lesiones causadas por una caída. Informe al médico si se siente mareado o si tiene cambios en la visión o zumbido en los oídos.
- Algunas personas sienten un dolor grave en el hombro y tienen dificultad para mover el brazo donde se aplicó la inyección. Esto ocurre con muy poca frecuencia.
- Cualquier medicamento puede provocar una reacción alérgica grave. Tales reacciones a una vacuna son muy poco frecuentes: se estima que se presentan aproximadamente en 1 de cada millón de dosis y se producen de minutos a horas después de la vacunación.

Al igual que con cualquier medicamento, hay una probabilidad muy remota de que una vacuna cause una lesión grave o la muerte.

La seguridad de las vacunas se monitorea constantemente. Para obtener más información, visite: **www.cdc.gov/vaccinesafety**/.

5 ¿Qué hago si ocurre una reacción grave?

¿A qué debo prestar atención?
Debe prestar atención a todo lo que le preocupe, como signos de una reacción alérgica grave, fiebre muy alta o comportamiento inusual.

Los signos de una **reacción alérgica grave** pueden incluir ronchas, hinchazón de la cara y garganta, dificultad para respirar, pulso acelerado, mareo y debilidad. Por lo general, estos podrían comenzar minutos a horas después de la vacunación.

¿Qué debo hacer?
Si cree que se trata de una **reacción alérgica severa** u otra emergencia que no puede esperar, llame al 9-1-1 o diríjase al hospital más cercano. De lo contrario, llame a su médico.

Luego, la reacción se debe reportar al Sistema de reporte de eventos adversos derivados de las vacunas (Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS). Su médico debe presentar este reporte o puede hacerlo usted mismo a través del sitio web del VAERS en **www.vaers.hhs.gov** o llamando al **1-800-822-7967**.

El VAERS no proporciona consejo médico.

6 Programa Nacional de Compensación por Lesiones Ocasionadas por Vacunas

El Programa Nacional de Compensación por Lesiones Ocasionadas por Vacunas (National Vaccine Injury Compensation Program, VICP) es un programa federal que se creó para compensar a las personas que pueden haber tenido lesiones causadas por ciertas vacunas.

Las personas que consideren que pueden haber tenido lesiones ocasionadas por una vacuna pueden informarse sobre el programa y sobre cómo presentar una reclamación llamando al **1-800-338-2382** o visitando el sitio web del VICP en: **www.hrsa.gov/vaccinecompensation**. Hay un plazo límite para presentar una reclamación de compensación.

7 ¿Dónde puedo obtener más información?

- Pregunte a su proveedor de cuidados de la salud. El médico puede darle el folleto informativo de la vacuna o sugerirle otras fuentes de información.
- Llame a su departamento de salud local o estatal.
- Comuníquese con los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC):
  - Llame al **1-800-232-4636** (**1-800-CDC-INFO**) o
  - Visite el sitio web de los CDC en **www.cdc.gov/hpv**

Translation provided by the Immunization Action Coalition

Vaccine Information Statement
HPV Vaccine

12/02/2016 Spanish

42 U.S.C. § 300aa-26

Office Use Only

VACCINE INFORMATION STATEMENT

Meningococcal ACWY Vaccine:
What You Need to Know

Many Vaccine Information Statements are available in Spanish and other languages. See www.immunize.org/vis

Hojas de información sobre vacunas están disponibles en español y en muchos otros idiomas. Visite www.immunize.org/vis

1 Why get vaccinated?

Meningococcal ACWY vaccine can help protect against **meningococcal disease** caused by serogroups A, C, W, and Y. A different meningococcal vaccine is available that can help protect against serogroup B.

Meningococcal disease can cause meningitis (infection of the lining of the brain and spinal cord) and infections of the blood. Even when it is treated, meningococcal disease kills 10 to 15 infected people out of 100. And of those who survive, about 10 to 20 out of every 100 will suffer disabilities such as hearing loss, brain damage, kidney damage, loss of limbs, nervous system problems, or severe scars from skin grafts.

Anyone can get meningococcal disease but certain people are at increased risk, including:

- Infants younger than one year old
- Adolescents and young adults 16 through 23 years old
- People with certain medical conditions that affect the immune system
- Microbiologists who routinely work with isolates of *N. meningitidis*, the bacteria that cause meningococcal disease
- People at risk because of an outbreak in their community

2 Meningococcal ACWY vaccine

Adolescents need 2 doses of a meningococcal ACWY vaccine:

- First dose: 11 or 12 year of age
- Second (booster) dose: 16 years of age

In addition to routine vaccination for adolescents, meningococcal ACWY vaccine is also recommended for **certain groups of people**:

- People at risk because of a serogroup A, C, W, or Y meningococcal disease outbreak
- People with HIV
- Anyone whose spleen is damaged or has been removed, including people with sickle cell disease
- Anyone with a rare immune system condition called "persistent complement component deficiency"
- Anyone taking a type of drug called a complement inhibitor, such as eculizumab (also called Soliris®) or ravulizumab (also called Ultomiris®)
- Microbiologists who routinely work with isolates of *N. meningitidis*
- Anyone traveling to, or living in, a part of the world where meningococcal disease is common, such as parts of Africa
- College freshmen living in residence halls
- U.S. military recruits

3 Talk with your health care provider

Tell your vaccine provider if the person getting the vaccine:

- Has had an **allergic reaction after a previous dose of meningococcal ACWY vaccine**, or has any **severe, life-threatening allergies**.

In some cases, your health care provider may decide to postpone meningococcal ACWY vaccination to a future visit.

Not much is known about the risks of this vaccine for a pregnant woman or breastfeeding mother. However, pregnancy or breastfeeding are not reasons to avoid meningococcal ACWY vaccination. A pregnant or breastfeeding woman should be vaccinated if otherwise indicated.

U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Disease Control and Prevention

People with minor illnesses, such as a cold, may be vaccinated. People who are moderately or severely ill should usually wait until they recover before getting meningococcal ACWY vaccine.

Your health care provider can give you more information.

4 Risks of a vaccine reaction

- Redness or soreness where the shot is given can happen after meningococcal ACWY vaccine.
- A small percentage of people who receive meningococcal ACWY vaccine experience muscle or joint pains.

People sometimes faint after medical procedures, including vaccination. Tell your provider if you feel dizzy or have vision changes or ringing in the ears.

As with any medicine, there is a very remote chance of a vaccine causing a severe allergic reaction, other serious injury, or death.

5 What if there is a serious problem?

An allergic reaction could occur after the vaccinated person leaves the clinic. If you see signs of a severe allergic reaction (hives, swelling of the face and throat, difficulty breathing, a fast heartbeat, dizziness, or weakness), call **9-1-1** and get the person to the nearest hospital.

For other signs that concern you, call your health care provider.

Adverse reactions should be reported to the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS). Your health care provider will usually file this report, or you can do it yourself. Visit the VAERS website at **www.vaers.hhs.gov** or call **1-800-822-7967**. *VAERS is only for reporting reactions, and VAERS staff do not give medical advice.*

6 The National Vaccine Injury Compensation Program

The National Vaccine Injury Compensation Program (VICP) is a federal program that was created to compensate people who may have been injured by certain vaccines. Visit the VICP website at **www.hrsa.gov/vaccinecompensation** or call **1-800-338-2382** to learn about the program and about filing a claim. There is a time limit to file a claim for compensation.

7 How can I learn more?

- Ask your healthcare provider.
- Call your local or state health department.
- Contact the Centers for Disease Control and Prevention (CDC):
  - Call **1-800-232-4636** (**1-800-CDC-INFO**) or
  - Visit CDC's **www.cdc.gov/vaccines**

This translation is out of date. Use it along with the current VIS in English. Visit www.immunize.org/vis for details.

HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE VACUNAS

Vacuna antimeningocócica del serogrupo B (MenB): *Lo que necesita saber*

Many Vaccine Information Statements are available in Spanish and other languages. See www.immunize.org/vis

Muchas de las hojas de información sobre vacunas están disponibles en español y otros idiomas. Consulte www.immunize.org/vis.

1 ¿Por qué es necesario vacunarse?

La **enfermedad meningocócica** es una enfermedad seria, causada por un tipo de bacteria denominada *Neisseria meningitidis*. Puede producir meningitis (infección del revestimiento del cerebro y la médula espinal) e infecciones de la sangre. Es frecuente que la enfermedad meningocócica ataque sin advertencia, incluso en personas por lo demás sanas.

La enfermedad meningocócica se puede diseminar de una persona a otra por contacto cercano (tos o besos) o contacto prolongado, especialmente entre personas que viven en una misma casa.

Existen al menos 12 tipos de *N. meningitidis*, denominados "serogrupos". Los serogrupos A, B, C, W e Y causan la mayor parte de los casos de enfermedad meningocócica.

Aunque cualquier persona puede contraer la enfermedad meningocócica, algunas personas están en mayor riesgo, lo que incluye:

- Bebés menores de 1 año de edad
- Adolescentes y adultos jóvenes de 16 a 23 años de edad
- Personas con ciertos trastornos médicos que afectan el sistema inmunitario
- Microbiólogos que trabajan rutinariamente con aislados de *N. meningitidis*
- Personas en riesgo a causa de un brote en su comunidad

Incluso cuando se trata, la enfermedad meningocócica causa la muerte de 10 a 15 de cada 100 personas infectadas. Además, entre quienes sobreviven, aproximadamente 10 a 20 de cada 100 personas quedan con discapacidades, como pérdida de la audición, daño cerebral, daño renal, amputaciones, problemas del sistema nervioso o cicatrices muy evidentes por injertos de piel.

Las vacunas antimeningocócicas del serogrupo B (MenB) pueden ayudar a prevenir la enfermedad meningocócica causada por el serogrupo B. Se recomiendan otras vacunas antimeningocócicas como ayuda para la protección contra los serogrupos A, C, W e Y.

2 Vacunas antimeningocócicas del serogrupo B

Food and Drug Administration (FDA) (Administración de Alimentos y Medicamentos) ha autorizado dos vacunas antimeningocócicas del serogrupo B: Bexsero® y Trumenba®.

Estas vacunas se recomiendan de manera rutinaria a personas de 10 años de edad o más que están en riesgo incrementado de contraer infecciones por meningococos del serogrupo B, lo que incluye:

- Personas en riesgo a causa de un brote de enfermedad por meningococos del serogrupo B
- Todas las personas que tengan el bazo dañado o a quienes se les haya extirpado el bazo
- Todas las personas con un trastorno poco frecuente del sistema inmunitario, denominado "deficiencia persistente de componentes del complemento"
- Todas las personas que toman un medicamento denominado eculizumab (también denominado Soliris®)
- Microbiólogos que trabajan rutinariamente con aislados de *N. meningitidis*

Estas vacunas también se podrían administrar a cualquier persona de 16 a 23 años de edad para brindar protección a corto plazo contra la mayor parte de las cepas de la enfermedad por meningococos del serogrupo B; las edades preferidas de vacunación son de 16 a 18 años.

Para obtener la mejor protección, se necesita más de una dosis de la vacuna antimeningocócica del serogrupo B. Se debe usar la misma vacuna para todas las dosis. Pregunte a su proveedor de cuidados de la salud sobre la cantidad y frecuencia de la dosis.

3 Algunas personas no deben recibir estas vacunas

Informe a la persona que le aplica la vacuna:

- **Si tiene alguna alergia grave que pueda poner en riesgo su vida.**
  Si alguna vez ha tenido una reacción alérgica que puso en riesgo su vida después de una dosis previa de la vacuna antimeningocócica del serogrupo B, o si tiene una alergia intensa a cualquier componente de esta vacuna, no debe recibir la vacuna. *Informe a su proveedor de cuidados de la salud si sabe que tiene alguna alergia grave, incluida una alergia grave al látex.* Él o ella puede informarle sobre los ingredientes de la vacuna.
- **Si está embarazada o amamantando.**
  No se tiene mucha información acerca de los posibles riesgos de esta vacuna para mujeres embarazadas o madres que amamantan. Solo se debe usar durante el embarazo si hay una necesidad clara de hacerlo.

Si tiene una enfermedad leve, como un catarro, es probable que pueda recibir la vacuna hoy mismo. Si tiene una enfermedad moderada o grave, posiblemente deba esperar hasta recuperarse. Su médico puede aconsejarlo.

U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Disease Control and Prevention

4 Riesgos de una reacción a la vacuna

Con cualquier medicamento, incluidas las vacunas, existe la posibilidad de que ocurran reacciones. Generalmente, estos son leves y desaparecen por sí solos en unos pocos días, pero también es posible que se produzcan reacciones graves.

Más de la mitad de las personas que reciben la vacuna antimeningocócica del serogrupo B tienen **problemas leves** después de la vacunación. Estas reacciones, que pueden durar de 3 a 7 días, incluyen:

- Dolor, enrojecimiento o hinchazón en el lugar donde se aplicó la inyección
- Cansancio o fatiga
- Dolor de cabeza
- Dolor en músculos o articulaciones
- Fiebre o escalofríos
- Náusea o diarrea

Otros problemas que pueden producirse después de la aplicación de estas vacunas:

- En algunos casos, las personas se desmayan después de un procedimiento médico, incluida la vacunación. Sentarse o acostarse durante aproximadamente 15 minutos ayuda a prevenir los desmayos y las lesiones causadas por una caída. Informe al proveedor si se siente mareado o si tiene cambios en la visión o zumbido en los oídos.
- Algunas personas sufren dolor en los hombros que puede ser más grave y duradero que el dolor más frecuente que sigue a la aplicación de la inyección. Esto ocurre con muy poca frecuencia.
- Cualquier medicamento puede provocar una reacción alérgica grave. Tales reacciones a una vacuna son muy poco frecuentes: se estima que se presentan aproximadamente en 1 de cada millón de dosis y se producen de minutos a horas después de la vacunación.

Al igual que con cualquier medicamento, hay una probabilidad muy remota de que una vacuna cause una lesión grave o la muerte.

La seguridad de las vacunas se monitorea constantemente. Para obtener más información, visite: **www.cdc.gov/vaccinesafety**/

5 ¿Qué hago si ocurre una reacción seria?

¿A qué debo prestar atención?

- Debe prestar atención a todo lo que le preocupe, como signos de una reacción alérgica grave, fiebre muy alta o comportamiento inusual.

  Los signos de una **reacción alérgica grave** pueden incluir ronchas, hinchazón de la cara y garganta, dificultad para respirar, pulso acelerado, mareo y debilidad. Por lo general, estos podrían comenzar minutos a horas después de la vacunación.

¿Qué debo hacer?

- Si cree que se trata de una **reacción alérgica grave** u otra emergencia que no puede esperar, llame al 9-1-1 y diríjase al hospital más cercano. De lo contrario, llame a su clínica.

  Luego, la reacción se debe reportar al Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS), (Sistema de reporte de eventos adversos derivados de las vacunas). Su médico debe presentar este reporte o puede hacerlo usted mismo a través del sitio web del VAERS en: **www.vaers.hhs.gov**, o llamando al **1-800-822-7967**.

El VAERS no proporciona consejo médico.

6 Programa Nacional de Compensación por Lesiones Ocasionadas por Vacunas

El National Vaccine Injury Compensation Program (VICP) (Programa Nacional de Compensación por Lesiones Ocasionadas por Vacunas) es un programa federal que se creó para compensar a las personas que pueden haber tenido lesiones causadas por ciertas vacunas.

Las personas que consideren que pueden haber tenido lesiones ocasionadas por una vacuna pueden informarse sobre el programa y sobre cómo presentar una reclamación llamando al **1-800-338-2382** o visitando el sitio web del VICP en: **www.hrsa.gov/vaccinecompensation**. Hay un plazo límite para presentar una reclamación de compensación.

7 ¿Dónde puedo obtener más información?

- Pregunte a su proveedor de cuidados de la salud. El médico puede darle el folleto informativo de la vacuna o sugerirle otras fuentes de información.
- Llame a su departamento de salud local o estatal.
- Comuníquese con los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades):
  - Llame al **1-800-232-4636** (**1-800-CDC-INFO**) o
  - Visite el sitio web de los CDC en: **www.cdc.gov/vaccines**

Vaccine Information Statement
Serogroup B Meningococcal Vaccine

8/9/2016 Spanish

42 U.S.C. § 300aa-26

Office Use Only

Translation provided by the Immunization Action Coalition

Centro de Salud con Sede en la Escuela
Documento de Selección de Vacunas

Nombre del estudiante:_____Fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre/tutor (en letra de imprenta):_____

Por favor indique cuál vacuna(s) desea que su hijo reciba en la clínica de vacunación de su escuela secundaria:

- ☐ HPV (Virus del Papiloma Humano)
- ☐ Meningocócica ACWY (Menactra® and Menveo®)
- ☐ Meningocócica B (Bexsero® and Trumenba®)

Firma del padre/tutor:_____ Fecha:_____

Debe completar un formulario de consentimiento de vacunas para **CADA** vacuna que su estudiante vaya a recibir; estos formularios son las siguientes páginas del paquete.

Bradshaw Institute for Community Child Health & Advocacy
School-Based Health Center

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA HPV (Virus del Papiloma Humano)

Nombre del etudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____

Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (HPV)

He recibido y leído la hoja de información de la vacuna HPV (incluida en este paquete) publicada el 30130/19 19 y no tengo más preguntas respecto a la inmunización. Mi hijo no tiene contraindicaciones a la vacuna

Iniciales del padre/representante legal: _____

Fecha: _____

Doy mi consentimiento para la inmunización con Virus del Papiloma Humano (HPV) : _____
(Firma del padre/ representante legal)

Fecha:_____

*¿Alergias a alimentos o medicinas? (Marque una) Ninguna Sí- por favor anótelas*_____

SÓLO PARA USO MÉDICO

Lot #: Exp Date: Manufacturer: Site/amount: 0.5ml. IM R L deltoid

Temperature:

Nurse Signature : Date: Time:

Bradshaw Institute for Community Child Health & Advocacy
School-Based Health Center

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA Meningocócica ACWY

Nombre del etudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____

Vacuna Meningocócica ACWY

He recibido y leído la hoja de información de la vacuna Meningocócica ACWY (incluida en este paquete) publicada el 15/08/19 y no tengo más preguntas respecto a la inmunización. Mi hijo no tiene contraindicaciones a la vacuna

Iniciales del padre/representante legal: _____

Fecha: _____

Doy mi consentimiento para la inmunización con Meningocócica ACWY : _____
(Firma del padre/ representante legal)

*Fecha:*_____

¿Alergias a alimentos o medicinas? (Marque una) *Ninguna* *Sí- por favor anótelas*_____

SÓLO PARA USO MÉDICO

Lot #: *Exp Date:* *Manufacturer:* *Site/amount: 0.5ml. IM R L deltoid*

Temperature:

Nurse Signature : *Date:* *Time:*

Bradshaw Institute for Community Child Health & Advocacy
School-Based Health Center

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA Meningocócica B

Nombre del etudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____

Vacuna Meningocócica B
He recibido y leído la hoja de información de la vacuna Meningocócica ACWY (incluida en este paquete) publicada el 15/08/19 y no tengo más preguntas respecto a la inmunización. Mi hijo no tiene contraindicaciones a la vacuna *Iniciales del padre/representante legal:* _____ *Fecha:* _____ *Doy mi consentimiento para la inmunización con Meningocócica B :* _____ *(Firma del padre/ representante legal)* *Fecha:*_____ *¿Alergias a alimentos o medicinas? (Marque una) Ninguna Sí- por favor anótelas*_____
SÓLO PARA USO MÉDICO *Lot #: Exp Date: Manufacturer: Site/amount: 0.5ml. IM R L deltoid* Temperature:
Nurse Signature : Date: Time:

Preparticipation Physical Evaluation - History Form

Note: Complete and sign this form (with your parents if younger than 18) before your appointment.

Name: _____ Date of Birth: _____ Sex: _____

Date of Examination: _____ Sport(s): _____

List past and current medical conditions: _____

_____

Have you ever had surgery? If yes, list all past surgical procedures: _____

_____

Medicines and supplements: List all current prescriptions, over-the-counter medicines, and supplements (herbal and nutritional): _____

_____

Do you have any allergies? If yes, please list all your allergies (ie, medicines, pollens, food, stinging insects): _____

_____

General Questions. Explain "Yes" answers at the end of this form. Circle questions if you don't know the answer.	**Yes**	**No**
1. Do you have any concerns that you would like to discuss with your provider?		
2. Has a provider ever denied or restricted your participation in sports for any reason?		
3. Do you have any ongoing medical issues or recent illness?		
Heart Heath Questions About You	**Yes**	**No**
4. Have you ever passed out or nearly passed out DURING or AFTER exercise?		
5. Have you ever had discomfort, pain, tightness, or pressure in your chest during exercise?		
6. Does your heart ever race, flutter in your chest or skip beats (irregular beats) during exercise?		
7. Has a doctor ever told you that you have any heart problems?		
8. Has a doctor ever ordered a test for your heart? (for example Electrocardiography (ECG) or echocardiography.		
9. Do you get lightheaded or feel shorter of breath than your friends during exercise?		
10. Have you ever had a seizure?		
Health Questions About Your Family	**Yes**	**No**
11. Has any family member or relative died of heart problems or had an unexpected or unexplained sudden death before age 35 (*including drowning or unexplained car accident*)?		
12. Does anyone in your family have a genetic heart problem such as hypertrophic cardiomyopathy, Marfan syndrome, arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy (ARVC), long QTsyndrome (LQTS), short QT syndrome (SQTS), Brugada syndrome, or catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia (CPVT)?		
13. Does anyone in your family had a pacemaker or implanted Defibrillator before age 35?		
Bone and Joint Questions	**Yes**	**No**
14. Have you ever had a stress fracture or an injury to a bone, muscle, ligament, joint or tendon that caused you to miss a game or practice?		
15. Do you have a bone, muscle, ligament or joint injury that bothers you?		

Medical Questions	**Yes**	**No**
16. Do you cough, wheeze, or have difficulty breathing during or after exercise?		
17. Are you missing a kidney, an eye, a testicle (males), your spleen, or any other organ?		
18. Do you have groin or testicle pain or a painful bulge or hernia in the groin area?		
19. Do you have any recurring skin rashes or rashes that come and go, including herpes or methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA)?		
20. Have you ever had a concussion or head injury that caused confusion, a prolonged headache, or memory problems?		
21. Have you ever had numbness, tingling, or weakness in your arms or leg, or been unable to move your arms or legs after being hit or falling?		
22. Have you ever become ill while exercising in the heat?		
23. Do you or someone in your family have sickle cell trait or disease?		
24. Have you ever had or do you have any problems with your eyes or vision?		
25. Do you worry about your weight?		
26. Are you trying to or has anyone recommended that you gain or lose weight?		
27. Are you on a special Diet or do you avoid certain types of foods?		
28. Have you ever had an eating disorder?		
Females Only	**Yes**	**No**
29. Have you ever had a menstrual period?		
30. How old were you when you had your first menstrual period?		
31. When was your most recent menstrual period?		
32. How many periods have you had in the past 12 months?		

Explain a "Yes" answer here: _____

_____

_____

_____

_____

_____

I hereby state that, to the best of my knowledge, my answers to the questions on this form are complete and correct.

Signature of athlete: _____

Signature of parent or guardian: _____

Date _____

© 2019 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy od Sports Medicine. Permission is granted to reprint for noncommercial, educational purposes with acknowledgement.