



Rick Scott
Governor

John H. Armstrong, MD, FACS
Surgeon General & Secretary

Autorización para vacunación

Nombre completo del niño _____

Fecha de nacimiento _____

Número de seguro social del niño _____

Yo, _____ (padre, madre o tutor – Escriba su nombre), autorizo al Departamento de Salud del Condado de Pinellas a inmunizar (aplicar una vacuna) a mi hijo de acuerdo con la Ley de la Florida 232.032. Me entregaron, leí y entendí la información sobre las vacunas **obligatorias** que debe colocarse mi hijo y sobre las enfermedades contra las que protegen. Tuve la posibilidad de realizar preguntas y todas se han respondido en forma satisfactoria.

Para proteger a su hijo de enfermedades prevenibles se podrán ofrecer las siguientes vacunas (según la disponibilidad): Difteria y Tétanos (DTaP), Tétanos (Td), Tétanos, Difteria y Pertussis (Tdap), Polio inactivada (IPV), Varicela (Varicela VZV), Sarampión, Paperas y Rubéola (MMR), Combinación de MMR (sarampión, paperas y rubéola) y Varicela (MMR-V), Hepatitis B. Si por algún motivo las vacunas no pueden aplicarse en la escuela, su hijo puede recibir estas vacunas en forma gratuita en cualquiera de los cinco Centros del Departamento de Salud del Condado de Pinellas.

Para ingresar al 7º grado: A partir de 2009, se requiere la aplicación de la vacuna Tdap (tétanos, difteria y pertussis). Se requiere un refuerzo de Tdap si pasaron de dos a cinco años desde la última aplicación de la vacuna DTP/DTaP/Td.

A menos que usted nos indique lo contrario en la sección de comentarios que aparece más abajo, le aplicaremos a su hijo las vacunas que determinemos sean necesarias al revisar el registro de vacunación disponible. Si el registro está incompleto o no es correcto, su hijo podría recibir vacunas innecesarias. Esto no representa ningún riesgo adicional para su hijo, pero recomendamos que actualice el registro de vacunación al menos tres semanas antes de que visitemos la escuela.

Autorizo a _____ (Escuela o Guardería) a entregar toda la información médica necesaria al Departamento de Salud del Condado de Pinellas. Esta información puede incluir la historia clínica, los antecedentes de reacciones alérgicas y reacciones a medicamentos de mi hijo. Por favor, escriba a continuación toda la información médica que considere que debemos saber.

¿Su hijo alguna vez tuvo varicela? Sí No. Si tuvo la enfermedad, indique mes y año _____.

Alergias de su hijo (incluya medicamentos, alimentos y vacunas): _____

Otra información médica y comentarios: _____

Si su hijo recibió vacunas desde que ingresó a la escuela, deberá enviar los documentos que lo demuestren.

Si no completa todo este formulario y lo firma, no podremos vacunar a su hijo a menos que podamos ponernos en contacto con usted. Por favor, indique un número telefónico (____) _____ para ponernos en contacto con usted. ¡Gracias!

(Fecha)

(Firma de padre, madre o representante legal)

SOLO PARA VACUNAS OPCIONALES

La siguiente vacuna gratuita contra la gripe (Vacuna Antigripal) es **recomendada** para adolescentes por los Centros de Control & Prevención de Enfermedades. (Ver hoja adjunta para la información sobre las "vacunas").

Por favor **firmar a continuación si** desea que se le aplique la vacuna "Antigripal" a su hijo.

(Fecha)

(Firma de padre, madre o representante legal)