

**DEPARTAMENTO DE SALUD**

**CONDADO DE HAMILTON**

**HOJA DE CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES**

**PARA INMUNIZACIONES / PRUEBA DE TUBERCULINA** (Para niños de cualquier edad que estén acompañados por un adulto que no sea ninguno de los padres o el tutor legal o para menores de 16 a 17 años sin acompañamiento).

La siguiente información debe ser completada y un padre de familia debe firmar la misma antes que su hijo(a) reciba servicios de inmunización o una prueba de tuberculosis en la piel (TB). Por favor llame a la clínica si usted necesita asistencia durante este proceso.

Clínica de Birchwood (423) 209-5540

Clínica de Salud Familiar (423) 209-8050

Clínica de Inmunizaciones /Viajes Internacionales (423) 209-8340

Clínica de Ooltewah (423) 209-5440

Clínica de Sequoyah (423) 209-5490

¿Es su hijo(a) alérgico(a) a algún alimento, medicamento o látex?\_No\_Sí (por favor describa):

¿Tiene su hijo(a) alguna condición médica?\_\_\_\_\_

¿Ha recibido su hijo(a) algún medicamento antiviral, pruebas de tuberculina (TB) o alguna otra vacuna en las últimas 4 semanas?\_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_Sí (por favor describa): \_\_\_\_\_

Por favor complete esta sección si su hijo va a recibir vacunas:

- ¿Tuvo su hijo(a) alguna reacción a vacunas recibidas previamente?\_\_\_\_\_Sí\_\_\_\_\_No  
Si usted contestó sí, ¿cuál fue la vacuna? \_\_\_\_\_
- ¿Qué tipo de reacción tuvo él/ella? (marque todas las que apliquen):  
 Convulsiones o ataques epilépticos     Sarpullido/comezón     Problemas respiratorios  
 Otros (por favor describa): \_\_\_\_\_
- ¿Tiene su hijo(a) seguro médico privado que cubra el costo de las vacunas?\_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_Sí (esta pregunta es para determinar si su hijo(a) califica para recibir vacunas patrocinadas a través de fondos federales).
- Si usted desea que se envíe la factura por los servicios a *TennCare*, *Blue Cross / Blue Shield* o *United* privados debe traer la tarjeta del seguro médico de su hijo(a) al momento de recibir el servicio.
- Si no tiene seguro médico, usted también podría calificar para recibir vacunas a un costo reducido. Para poder determinar si usted califica, por favor provea la siguiente información:  
Ingreso mensual\_\_\_\_\_      Número de personas en el hogar \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO:** Yo autorizo al Departamento de Salud del Condado de Hamilton para proveerle a mi hijo(a)

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

- Una prueba cutánea de tuberculosis o pruebas de liberación de interferón gamma (*IGRA*, por sus siglas en inglés).
- Las vacunas requeridas para la escuela.
- Una(s) vacuna(s) específica(s) (por favor describa) \_\_\_\_\_.
- He leído y comprendo la(s) hoja(s) informativa(s) sobre la(s) vacuna(s) específica(s) (*VIS*) y no tengo ninguna pregunta.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o encargado

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Número de teléfono donde se puede contactar al padre o tutor para obtener información médica adicional o en caso de una emergencia:**

Casa:

Trabajo:

Celular:

Firma del personal del Departamento de Salud: \_\_\_\_\_

Formulario válido durante 1 año a partir de la fecha de la firma del padre/tutor.

NC-100\_S (Rev.9/23)

**Se requiere un nuevo formulario para cada visita de vacunación adicional.**