

**DEPARTAMENTO DE SALUD
CONDADO DE HAMILTON
HOJA DE CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES**

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

PARA INMUNIZACIONES / PRUEBA DE TUBERCULINA (Para menores de 16 a 17 años de edad)

La siguiente información debe ser completada y firmada por un padre de familia antes de que el menor reciba servicios de inmunización o una prueba de tuberculosis en la piel (TB). Si necesita asistencia llenando el formulario, háganoslo saber.

Clínica de Birchwood (423) 209-5540 Clínica de Ooltewah (423) 209-5440
Clínica pediátrica (423) 209-8050 Clínica móvil (423) 209-5490
Clínica de inmunización para adultos y viajes (423) 209-8340

Su hijo(a) es alérgico(a) a algún alimento, medicamento o látex: ____ No ____ Sí (describa): _____

¿Tiene su hijo(a) alguna condición médica? _____

¿Ha recibido su hijo(a) algún medicamento antiviral, pruebas de tuberculosis (TB) o alguna otra vacuna en las últimas 4 semanas? ____ No ____ Sí (describa): _____

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

- ¿Ha tenido su hijo(a) alguna reacción a vacunas? ____ Sí ____ No
Si usted contestó sí, ¿cuál fue la vacuna? _____
- ¿Qué tipo de reacción tuvo? (marque todas las que apliquen):
☐ Convulsiones o ataques epilépticos ☐ Sarpullido/comezón ☐ Problemas respiratorios
Otros (describa): _____
- Si desea que se envíe la factura a TennCare por los servicios, debe traer la tarjeta de su hijo(a).
- ¿Tiene su hijo(a) seguro médico privado que cubra el costo de las vacunas? ____ No ____ Sí (esta pregunta es para determinar si califica para recibir vacunas patrocinadas a través de fondos federales).
- Si usted no tiene seguro médico, podría calificar para recibir vacunas a un costo reducido. Para determinarse califica, 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) _____ la prueba de la tuberculosis o cualquier inmunización que esté
(Nombre del niño(a) y fecha de nacimiento)
pendiente ahora o por los próximos doce meses.

Firma del padre o encargado

Fecha

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

Casa:

Trabajo:

Celular:

Otro contacto de emergencia en caso de que el padre o encargado no pueda ser contactado:

Nombre:

Teléfono: